

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**INCENTIVOS AL MODELO DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA: MECANISMOS DE PAGO HACIA LOS  
CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.**

**OLGA TORO DEVIA**

***TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA***

Director de Tesis: Dr. Rubén Alvarado

**Santiago, diciembre 2022**

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

**INFORME DE APROBACIÓN  
TESIS DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Doctorado en Salud Pública presentada por la candidata

**D. OLGA CRISTINA TORO DEVIA**

ha sido aprobada con nota 7,0 (en la escala de 1 a 7), por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de **DOCTORA EN SALUD PÚBLICA** en Examen de Defensa de Tesis rendido el día 26 de enero de 2023.

**DIRECTOR DE TESIS**



Prof. Rubén Alvarado Muñoz

**COMISIÓN INFORMANTE DE TESIS**



Prof. María Jeria Cáceres

Prof. María Jeria Cáceres



Prof. Luis Salvador-Carulla



Prof. Denise Razzouk

# CONTENIDO

CONTENIDO.....	3
I. RESUMEN.....	8
II. MARCO TEÓRICO.....	11
Respuesta de los sistemas de salud a la población con enfermedad mental	12
Modelo de Salud Mental Comunitaria en el sistema de salud.....	25
Atención de salud mental como sistema complejo.....	31
Mecanismo de pago a los proveedores como “intervención de nivel de sistema” para incentivar el modelo de salud mental comunitaria.....	36
El escenario del estudio: Subsistema de Salud Mental en Chile.....	50
Mecanismo de pago al Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) como potencial incentivo al modelo de salud mental comunitaria.....	64
Relevancia y justificación del estudio.....	69
Pregunta de investigación.....	71
III. OBJETIVOS.....	73
General.....	73
Específicos.....	73
IV. MÉTODO.....	74
Tipo de diseño mixto convergente.....	74
Justificación del diseño.....	75
Unidad de estudio.....	78
Recolección de datos administrativos de los CSMC 2010-2020.....	78
Plan de análisis de resultados cuantitativos.....	80
Recolección de datos narrativos provenientes de entrevistas semi- estructuradas a expertos usuario, proveedor y pagador.....	88
Plan de análisis de los resultados cualitativos.....	91
Plan de integración de resultados.....	91
V. RESULTADOS.....	93

EFFECTOS DE LOS MECANISMOS DE PAGO A LOS CSMC.....	93
Mecanismos de pago identificados.....	95
Logros o efectos positivos del financiamiento a los CSMC.....	105
Efectos negativos del sistema de financiamiento a los CSMC.....	108
Mecanismos de pago deseados.....	119
CARACTERISTICAS DE LOS CSMC EN CHILE 2010-2020.....	124
CSMC vigentes al año 2020.....	124
Limitaciones en la calidad de los datos administrativos de los CSMC. ...	125
Población atendida y tipo de problemas de salud mental abordados en los CSMC.....	135
Ingresos y egresos del CSMC.....	135
Población bajo control en el CSMC.....	140
Prestaciones realizadas en el CSMC.....	143
Distribución del tipo de prestaciones.....	148
Distribución de prestaciones por tipo de profesional.....	156
VARIABLES QUE RELACIONAN AL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON EL MECANISMO DE PAGO AL CSMC.....	160
Elementos de contexto del financiamiento a los CSMC.....	164
Prácticas, recursos y procesos institucionales.....	184
Creencias y juicios valóricos colectivos sobre los CSMC.....	200
Definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador.....	211
Razones o creencias que fundamentan el resguardo de intereses individuales.....	223
Variables que asocian el mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC.....	234
MECANISMOS DE PAGO A FAVOR DEL MODELO COMUNITARIO EN LOS CSMC.....	242
Incentivos para cada componente del sistema.....	243

	Gobernanza, gestión y unidad de pago de los mecanismos de pago a favor del modelo comunitario. ....	260
VI.	DISCUSIÓN.....	264
	Mecanismos de pago con pensamiento sistémico. ....	264
	Sistema de información para planificar y evaluar la financiación. ....	266
	La configuración de mecanismos de pago para la cobertura universal de salud mental.....	273
	Implicancias para las políticas y su implementación. ....	275
VII.	CONCLUSIONES.....	279
	Efectos de la financiación.....	280
	Aporte teórico para retroalimentar las políticas. ....	282
	Un campo abierto de investigación. ....	284
VIII.	REFERENCIAS.....	286
IX.	ANEXOS.....	297
	Anexo 1. Acta de Aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad De Medicina de la Universidad de Chile. ....	297
	Anexo 2. CSMC vigentes al 2020, según región, Servicio de Salud, comuna y dependencia administrativa. ....	300
	ANEXO 3. Tabla de Integración mixta selectiva para identificar los elementos teóricos que describen la relación entre los mecanismos de pago y el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC.....	305

## ***Agradecimientos***

A las personas expertas entrevistadas que apoyaron generosamente este estudio con su conocimiento y experiencia.

Al Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud por apoyar los estudios que contribuyan a un mejor sistema de salud para las personas.

A la Facultad de Medicina y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile por el apoyo para el desarrollo académico avanzado.

A la comisión revisora de la investigación que fue mentora enriqueciendo el proceso investigativo.

A mi director de tesis que confió siempre en la capacidad de sumergir un campo que apenas comienza a ser investigado.

**A mi familia,  
no alcanzan las palabras para agradecerles vuestro amor incondicional,  
es lo único que explica tanta paciencia y cuidado.  
Ustedes dan sentido a todo lo que existe.**

## **I. RESUMEN.**

La respuesta de los sistemas de salud a la población con enfermedad mental ha evolucionado desde el asilo hacia servicios basados en la comunidad, llamadas reformas de desinstitucionalización. El sistema de atención de salud mental adoptado en Chile avanza hacia la desinstitucionalización y el Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) ocupa un lugar central en la transformación hacia el modelo comunitario tal como ocurre en otros países Latinoamericanos. Sin embargo, el plan nacional de salud mental en Chile señala que los mecanismos de pago a los CSMC han estado desalineados con el modelo de atención, al incentivar una respuesta individual intrabox en desmedro de un abordaje por la recuperación e integración social. El mecanismo de pago es un tipo de contrato que crea reglas entre pacientes, prestadores y pagadores, introduciendo incentivos que influyen en todos los elementos constitutivos del subsistema de salud mental como la provisión, el recurso humano, la gobernanza, los sistemas de información, la financiación. No hay evidencia disponible que describa cuáles han sido los efectos de los mecanismos de pago a los CSMC. Al mismo tiempo, la evidencia acerca de cómo operan los incentivos de estos mecanismos en el caso de la atención de salud mental en la comunidad no es concluyente, en algunos casos es contradictoria y los elementos conceptuales o teóricos disponibles no están facilitando su interpretación. La investigación sobre desinstitucionalización ha descuidado el hecho que las reformas en este campo se han anidado en un sistema mayor de salud que también se ha sometido a reformas. Las reformas en salud mental han utilizado los mecanismos de financiamiento impuestos en los sistemas de salud. Esta subordinación financiera podría introducir incentivos desalineados con el modelo de salud mental comunitaria.

Para responder a la pregunta de cuáles son los factores que relacionan al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria a través de estos centros, la presente investigación tuvo como objetivo identificar, describir y comprender las interacciones entre los elementos constitutivos del CSMC relevantes para incentivar a través de un mecanismo de pago alineado con el modelo de salud mental comunitaria en Chile. Es un estudio observacional



exploratorio mixto cuantitativo-cualitativo convergente que descansa en la teoría fundamentada. El componente cuantitativo recolectó datos secundarios provenientes de estadísticas administrativas entre 2010-2020. El componente cualitativo entrevistó a 25 personas que representaron las tres funciones en tensión en un mecanismo de pago: pagador, proveedor y usuario. Incluye representantes de organizaciones de usuarios, directores de CSMC y referentes institucionales que deciden sobre la asignación presupuestaria (FONASA, Ministerio de Salud y Servicios de Salud). Utiliza una combinación de análisis estadístico descriptivo y análisis textual de contenido mediante codificación abierta y axial. Integró los análisis mediante codificación selectiva. El estudio tiene la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

La política de salud mental en Chile establece que se requiere un CSMC por cada 50 mil habitantes. Se estimó una tasa de 0,7 CSMC por 100 000 beneficiarios del FONASA en el año 2020. El 86% de los Servicios de Salud tienen CSMC. El 25% de las comunas del país tiene CSMC, pero el 77% de las comunas con más de 50 000 habitantes. Se valora positivamente la cercanía de la atención de estos centros, una mayor cobertura, logros clínicos en adherencia y menor hospitalización, así como mejores condiciones para la participación de usuarios y familiares.

Se reconocieron siete mecanismos de pago a los CSMC que han influido en todos los componentes de la arquitectura de la organización. En la práctica responden a tres esquemas supeditados a límites de tarifa y presupuesto público prospectivamente. Se diferencian en la unidad de pago: presupuesto anual, paquetes de prestaciones asociado a un diagnóstico o condición por persona y proyectos concursables para organizaciones comunitarias. Se describen efectos negativos del sistema de pago para el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC, percibidos como un conjunto desarticulado de mecanismos y heterogéneamente implementados. Los mecanismos de pago que se han utilizado para los CSMC no han nacido del análisis de idoneidad con el modelo de salud mental comunitaria, sino que ha respondido a instrumentos discrecionales disponibles para todo el sistema de salud. Se amplió el marco interpretativo al identificar variables que parecen asociar al mecanismo de pago

con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC. Se ordenaron en 23 variables de contexto, 23 variables sobre prácticas y procesos institucionales, 10 variables sobre creencias y juicios valóricos, y 17 variables que definen la relación entre usuario, proveedor y pagador. Elementos de gobernanza y de gestión estratégica emergen ampliando la comprensión sobre las interacciones entre los elementos constitutivos del CSMC relevantes para incentivar a través de un mecanismo de pago. Desde el punto de vista de la unidad de pago, la mezcla de esquemas parece más apropiado. El estudio propone algunas unidades explicitando el tipo de incentivos que pretenden introducir.

Los resultados de la investigación permiten ampliar la base teórica que interpreta cómo el mecanismo de pago al CSMC es un potencial incentivo al modelo de salud mental comunitaria. Esto puede contribuir al diseño y evaluación de los mecanismos de pago en concordancia con las políticas públicas declaradas sobre salud mental. Puede permitir avanzar hacia una perspectiva más estratégica de la función de compra en la financiación de la salud mental, y con sentido para los actores del subsistema. El estudio otorga evidencia a la preocupación del Plan Nacional de Salud Mental de Chile sobre el desajuste entre el modelo de salud mental comunitaria y los mecanismos de pago. La formulación de una política de financiamiento de la salud mental comunitaria, anidada en la estructura financiera del sistema de salud es necesario y posible.

## II. MARCO TEÓRICO.

Aun cuando existe una elevada carga de enfermedad a causa de los trastornos mentales, existe limitación de recursos para proveer servicios de salud mental (1), y la correcta utilización de los recursos disponibles es una preocupación para los sistemas de salud (1)(2)(3). La respuesta de los sistemas de salud a la población con enfermedad mental ha evolucionado desde el asilo hacia modelos basados en la comunidad y la recuperación. Las denominadas reformas psiquiátricas, reformas de reestructuración de los servicios de salud mental o reformas de desinstitucionalización, se han caracterizado por el reemplazo del hospital psiquiátrico monovalente. En su lugar, se plantean cuatro transformaciones fundamentales: incorporación de la salud mental en la atención primaria, servicios ambulatorios especializados de salud mental en la comunidad, hospitalización psiquiátrica en el hospital general, y desarrollo de servicios residenciales en la comunidad para las personas con discapacidad mental que tienen escasa red de apoyo social. Los principios de estas reformas se han basado en el respeto de los derechos humanos y la equidad en la atención.

Después de más de cincuenta años de reformas psiquiátricas en el mundo, aunque se reconocen importantes avances, persisten graves problemas de ineficiencias en la respuesta del sistema de salud frente a la enfermedad mental. La investigación sobre la desinstitucionalización psiquiátrica y el desarrollo de servicios de salud mental comunitario ha descuidado el hecho que las reformas en este campo se han anidado en un sistema mayor de salud que también se ha sometido a reformas. Las reformas de los sistemas de salud han implicado transformaciones importantes en la estructura de financiación para lograr sostener los sistemas, y su efecto en salud mental es un campo abierto de investigación.

Ha existido interés en desarrollar estudios sobre las reformas psiquiátricas orientados a evidenciar la necesidad de una reasignación de presupuestos y las brechas de inversión para sostener al nuevo sistema de salud mental. Los investigadores también han mostrado un creciente interés por el estudio de

intervenciones psicosociales costo-efectivas que contribuyan a fortalecer los servicios de salud mental en la comunidad. Sin embargo, se ha prestado menos atención al hecho que las reformas de salud mental han utilizado los mecanismos de financiamiento impuestos en los sistemas de salud. Los mecanismos de pago podrían operar introduciendo incentivos desalineados con el modelo de salud mental comunitaria, contribuyendo a retrasar las reformas en este campo. Esto sería evitable si se exploran lógicas de pago coherentes con los principios, objetivos y estrategias del modelo de salud mental comunitaria. Sin embargo, este modelo no ha descrito como operan en él los incentivos provenientes de los mecanismos de pago a los servicios de atención de salud mental.

## **RESPUESTA DE LOS SISTEMAS DE SALUD A LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL**

Los sistemas de salud regulados por el Estado son un fenómeno social moderno, que evolucionaron tensionados por los escenarios sociales y políticos, a la par que por los avances científicos y tecnológicos de la medicina. En 2002, David Cutler observó que los sistemas de salud de los países desarrollados han recorrido un patrón similar de tres oleadas de reformas, aun cuando los sistemas de salud y de seguridad social de esos países son diferentes.(4)

El autor señala que, hasta finales del siglo XIX, la atención médica se dejaba en gran medida a la actividad privada individual o a organizaciones de caridad. Sin embargo, a principios del siglo XX, el avance científico y tecnológico de la medicina, el surgimiento del hospital moderno, y el escenario político post guerra favorable a la seguridad social, contribuyeron a que en muchas sociedades el acceso a los servicios de salud dejara de concebirse como un privilegio. En la primera oleada de reformas los gobiernos se hicieron cargo del desarrollo de sistemas de atención de salud como la respuesta necesaria a un derecho social, es decir, proporcionar acceso a una atención médica de buena calidad para todos los ciudadanos.

En ese contexto, hubo mayor conocimiento sobre la carga de los problemas de salud mental en la población.(5)(6)(7) El desarrollo de los servicios de salud

mental se sustentó en el avance de las neurociencias, la disponibilidad de nuevos tratamientos ambulatorios, farmacológicos y psicosociales efectivos (2)(8) y de forma muy importante en la defensa de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.(2)(9)

El propio concepto de salud mental se origina en este período; nace la Organización Mundial de la Salud (1948), creando la comisión de expertos en salud mental; se celebra el primer congreso internacional de salud mental en Londres bajo el lema “salud mental y ciudadanía del mundo”; se pone en marcha el National Institute of Mental Health en USA, y emerge la Federación Mundial de Salud Mental (WMHF, por sus siglas en inglés).(10)

Una serie de instrumentos de política pública promovieron en los países el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental como parte de los sistemas de salud (2)(3)(11)(12), que sumado al derecho internacional sobre derechos humanos (13)(14)(15)(16), dieron marco para la evolución de los subsistemas de salud mental desde la custodia, la coerción y la segregación, hacia el acceso a atención y tratamiento. (17)(18)(19)

De acuerdo con el análisis de Cutler, en esta primera oleada de reformas se establecieron mínimas restricciones a la demanda de atención para los sistemas de salud. A los proveedores de atención médica se les pagó mediante mecanismos que alentaron la oferta de atención sin mayores limitaciones. Los hospitales de administración pública aumentaron, se financiaron como partidas del presupuesto público, habitualmente con sistemas de pago globales no restrictivos, cubriendo también déficits financieros generados anualmente. A los servicios ambulatorios se les pagó de acuerdo con un salario, a una tarifa por servicio y/o por persona de forma poco estricta, careciendo de diseños centrados en la entrega eficiente de los cuidados.(4)

A partir de esa primera oleada de reformas de los sistemas de salud, los costos de la atención aumentaron muy rápidamente. “*En el país promedio de la OECD, la atención médica aumentó de 3.8% del PIB en 1960 a un 7.2% en 1980*”(4, pág. 887). Esto impactó en un mayor gasto público, al mismo tiempo que se producía una reducción de los ingresos fiscales.

El comienzo de los déficits públicos estructurales en las décadas de los setenta y ochenta provocaron una segunda ola de reformas, que se caracterizaron por la introducción de políticas de contención del gasto público. La década de los 80 se caracterizó por el ascenso de la ideología neoliberal, que promueve el funcionamiento del libre mercado y la reducción de la participación del Estado en el sistema de salud.(20) Esto fue particularmente relevante en los países latinoamericanos.(21) En el caso de algunos países latinoamericanos, este período coincide con la instalación de dictaduras militares en los gobiernos, tal como fue el caso de Chile.

Estas políticas restrictivas en salud fueron acompañadas de estudios que señalaban que, llegado a un cierto punto, el aumento en el gasto de la atención médica no produce mayores beneficios en la salud de las personas.(22) Se planteó que el nivel de uso de servicios médicos responde al nivel de monto pagado como copago o gasto de bolsillo por los pacientes, por tanto, sugerían que el mayor número de contactos médicos por parte de los pacientes, se asociaba a los bajos copagos más que a las necesidades de atención, y que el estado de salud no mejoraba de manera importante por gastos adicionales.(23) Otros autores plantearon que la demanda era inducida por los proveedores de atención de salud, pues en la medida que la oferta de servicios médicos había crecido, los médicos aumentaban la demanda para proteger sus ingresos.(24)

Joseph P. Newhouse (1991) cuestionó que el incremento del gasto en salud en lo fundamental se provocara por los comportamientos de pacientes o de médicos, concluyendo que el desarrollo e incorporación de nuevas tecnologías en medicina fueron parte responsable del mayor costo de la atención. *“Por cambio tecnológico me refiero no solo a nuevos tipos de capital físico, como la resonancia magnética, sino que también nuevos procedimientos, como (...) drogas para enfermedad mental”*.(25, pág.11)

Sin embargo, también el gasto en tecnología podía estar asociado a la inducción de la demanda. El estudio de Kessler et al (1997) sobre el uso de los servicios de psiquiatría ambulatoria, mostró que la probabilidad de uso de servicios psiquiátricos era significativamente mayor en Estados Unidos comparado con Ontario en Canadá ( $p < 0.001$ ). En el estudio se observa que las tasas de uso de

servicios especializados en psiquiatría en Estados Unidos eran mayores para quienes no tenían antecedentes de trastornos mentales en la vida ( $p=0.021$ ), en tanto que en Canadá las tasas de uso fueron mayores en servicios de medicina general entre quienes habían tenido uno ( $p=0.048$ ) o más ( $p<0.001$ ) trastornos mentales en los 12 meses anteriores. Se mostró que la necesidad autopercebida de atención en salud mental, fue un mediador en la relación entre frecuencia de trastornos mentales y el uso de servicios de salud mental. También se observó que entre quienes tenían una necesidad autopercebida de atención en salud mental, pero que desestimaban solicitar atención a causa de las barreras no financieras en el uso de los servicios (por ejemplo, listas de espera), en Estados Unidos fue el 31% de los encuestados, en contra de un 19.6% de los encuestados en Ontario ( $p<0.001$ ).<sup>(26)</sup> El estudio señaló que Estados Unidos tenía que enfrentar el problema de la demanda de atención de salud mental por parte de las personas con baja necesidad de servicios, si quería expandir el acceso a los servicios de salud mental. Los autores argumentaron que la comparación entre Estados Unidos y Canadá parecía propicia dado su similitud en desarrollo económico, historia, geografía, calidad de la formación médica y desarrollo tecnológico en salud. Sin embargo, los sistemas de salud de ambos países son diferentes; en dicho período el sistema canadiense fue considerado uno de los más equitativos y eficientes del mundo, aun cuando enfrentó de la misma manera la crisis debido al incremento de los costos de los servicios de salud.<sup>(27)</sup>

Los gobiernos desarrollaron dos estrategias principales frente a este exponencial aumento del gasto público en salud. Una estrategia fue la instalación del costo compartido, para permitir que las personas pagaran una parte importante de los gastos de su atención. La segunda estrategia consistió en regular la oferta de servicios de salud y los precios de éstos, en particular los servicios hospitalarios. En el caso de los países con sistemas nacionales de salud, que usaban presupuestos globales para sus hospitales, endurecieron los límites presupuestarios.<sup>(4)</sup>

La medida de costo compartido con el paciente fue considerada controversial por reducir el acceso efectivo a los servicios de salud, en especial de las personas con menos ingresos. El control del gasto en salud mental mediante la instalación

del costo compartido en los seguros se sustentó en la idea de que la demanda de atención de salud mental respondía en gran medida a los términos del seguro de salud. Una revisión de 40 estudios analizó el efecto de la cobertura de los seguros de salud sobre la demanda de servicios de salud mental realizados en los años ochenta.(28) Dicha revisión logró comparar la alta variabilidad en el uso de servicios de salud mental a partir de informes de 35 planes de seguros de salud en Estados Unidos, encontrando una alta heterogeneidad en las poblaciones, cobertura y límites de uso entre ellos. Los casos de pacientes que habían usado servicios de salud mental iban desde 2 hasta 138 por cada mil afiliados. La tasa de consultas ambulatorias por paciente varió desde 2,16 hasta 32,71 visitas en un año, y en promedio las consultas de salud mental ambulatorias fueron el 10% de todas las visitas ambulatorias de salud. La idea sobre una probable selección discriminatoria de los pacientes con enfermedad mental parecía existir en el caso de algunas aseguradoras, aspecto que requería de mayor investigación.

En la misma revisión se identificaron dos estudios cuasiexperimentales naturales. Ambos estudios se produjeron a propósito de la introducción de un cambio en el copago para la atención de salud mental en poblaciones afiliadas, sin modificación de las coberturas, población u otro cambio relevante. Ambos estudios presentaron resultados contradictorios. En el primero de esos estudios se produjo un aumento del copago para los servicios ambulatorios de salud mental para mineros jubilados en Pennsylvania, West Virginia y Ohio en USA, estimando que el aumento del copago se asoció a una disminución de la tasa de visitas a servicios de salud mental de 110,5 a 60,07 visitas por 1000 afiliados (Wallen et al en 1982, documento de trabajo presentado en APHA Montreal, descrito en (28)). El segundo estudio analizó el aumento del copago en la visita de salud mental a una gran población asegurada en Maryland en USA (29), concluyendo que no había relación entre copagos y frecuencia de visitas (la utilización cambió de 414,4 a 404,7 visitas por cada 1.000 afiliados después del aumento del copago), aunque en este caso probablemente ello esté asociado al aumento de personal para el tratamiento de trastornos mentales que se produjo en el período del estudio, señalado por los propios autores, y cuyo probable



efecto compensatorio no se pudo controlar (por ejemplo la disminución del tiempo de espera).

En la misma revisión se identificó un grupo de estudios econométricos sobre la demanda de atención de salud mental (McGuire en 1981; McCall et al en 1981; Wells en 1982; Frank en 1985), que tenían en común el intento por incorporar problemas vistos antes en la investigación en este campo, como la selección adversa, las limitaciones de la oferta de servicios de salud mental, las tasas de uso, entre otros, pero agregaba la medición de la cobertura del seguro, considerado en ese momento un problema en los estudios sobre demanda de la atención de salud mental. Estos estudios sugirieron que existe una asociación entre la demanda de atención ambulatoria de salud mental y la existencia de costos compartidos en los seguros de salud, al menos igual que la respuesta a servicios médicos generales. Sin embargo, a diferencia de los servicios médicos generales se encontró que, aunque al inicio se puede afectar significativamente el uso de servicios ambulatorios de salud mental al establecer restricciones en los pagos, después el uso de esos servicios parece aumentar con el tiempo, y esto podría deberse a que el patrón de tratamiento no tiene un punto final claro (acumulación de casos antiguos), la disminución del estigma, o a un mayor conocimiento de los beneficios. Los estudios no consideraron las necesidades de los usuarios de salud mental a largo plazo.

Como conclusión de la extensa revisión, los autores señalaban *“¿Cuál es la unidad lógica para la toma de decisiones? Cuando una persona inicia la atención [en salud mental] con un proveedor, ¿qué está decidiendo exactamente? Durante un curso prolongado de tratamiento, ¿se debe considerar que el individuo ha tomado la decisión desde el principio para todos los cuidados utilizados?”*(28). Frank y McGuire señalaban que los estudios sobre contención del gasto a través de la introducción de costos compartidos en el caso de la salud mental dejaban a los encargados de formular políticas sin orientación sobre los efectos de los costos compartidos realmente. Los diversos autores reconocían que la investigación no abordaba el papel jugado por los pacientes y los terapeutas en la decisión sobre el tipo y cantidad de servicios de salud mental que se brindaban.

Por otra parte, la segunda oleada de reformas de salud que optó por el camino del control del gasto a través del racionamiento de la oferta de servicios de salud resultó en un aumento de los tiempos de espera y un creciente descontento público.(4)

El impacto de este periodo en el caso de la salud mental, en gran parte de Europa y Estados Unidos, se realizó sobre todo como un programa de reducción económica y administrativa, sinónimo de reducción de camas hospitalarias sin desarrollo de alternativas.(30) La anhelada desinstitucionalización psiquiátrica fue practicada como “deshospitalización”, caracterizada por una política de altas, reducción de las estadías hospitalarias, aumento de las recaídas, cierre de hospitales psiquiátricos sin desarrollo de servicios en la comunidad (31), como un tránsito entre el abandono “intramuros” al abandono “extramuros” (32). Esta forma de desinstitucionalización psiquiátrica fue coherente con las orientaciones neoliberales y conservadoras del reajuste del Estado de bienestar que caracterizó este período, y también fue practicada como “transinstitucionalización”, observando el traspaso a residencias de reposo, residencias para ancianos, lugares de crónicos “no psiquiátricos”, orientados a mantener la cronificación.(33)

La crítica a la desinstitucionalización como reacción de defensa de los hospitales psiquiátricos en este contexto, pudo ser interpretada como una defensa de los modelos asilares. Sin embargo, importantes estudios promovidos por la Organización Mundial de la Salud, tales como el *International Pilot Study of Schizophrenia* (34) y el *Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders* (35), así como otros posteriores inspirados en ellos (36), mostraban la relevancia de los escenarios comunitarios en la oportunidad de recuperación de enfermedades mentales que históricamente se habían considerado crónicas o irreversibles. Por ejemplo, estos estudios mostraban conclusiones similares en cuanto a que las personas con esquizofrenia podían tener una evolución favorable y que dicha evolución variaba de acuerdo con las condiciones ambientales. Los contextos sociales determinaron diversos éxitos sociales y clínicos, y se observaba que al menos la mitad de los sujetos mostraban remisión de síntomas. En este período se mantuvo un esfuerzo por impulsar reformas por la desinstitucionalización abogando por mayor inversión

en servicios comunitarios. En Latinoamérica fue particularmente importante el hecho político de la *Declaración de Caracas* en 1990 (37), que coincide con el período de términos de las dictaduras militares, el advenimiento de gobiernos democráticos en la región y el cuestionamiento a las economías neoliberales instauradas. La declaración fue el resultado de una conferencia por la “Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina” convocada por la Organización Panamericana de la Salud, con participación de juristas, parlamentarios y equipos técnicos de trece países que la suscribieron, incluido Chile. La declaración instó a los países a que adecuaran sus legislaciones, de manera que éstas aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de las personas con enfermedad mental, y promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental, reemplazando el papel hegemónico del hospital psiquiátrico. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud recogió evidencia y lecciones aprendidas de esas décadas, que plasmó en su informe mundial del año 2001 dedicado a la salud mental.(2) El lema “*Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*”, reflejaba la intención del informe, que abogó por el respeto de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, la necesidad de integración de los servicios de salud mental como parte de los servicios de salud general, y el derecho de las personas con enfermedad mental a recibir tratamiento y cuidados en sus comunidades, involucrando a los usuarios y sus familias. Fue clara su posición respecto de asumir en las políticas un enfoque de salud pública que integra la comprensión de los determinantes biológicos, psicológicos y sociales de los trastornos mentales, tanto en el diagnóstico poblacional, como en la respuesta de los sistemas de salud.

La tercera ola de reformas posterior a los años 90 se caracteriza por el propósito de introducir incentivos para la eficiencia, pero impulsando el acceso universal al mismo tiempo que conteniendo los costos en el sistema de salud.(4) El problema de cómo sostener los sistemas de salud asegurando el acceso universal a la par que adecuar los modelos de atención a las nuevas expectativas de la población, es el problema al que se están enfrentando los países en las actuales discusiones sobre las reformas. En 2018 se estimaba que el promedio del gasto en salud de los países de la OCDE había aumentado al 8,8% del PIB y que éste

ascendería al 10.2% del PIB en 2030, planteando la preocupación por la sostenibilidad de los sistemas de salud, teniendo en cuenta que la mayor parte de la financiación es pública.(38) A nivel global se ha evidenciado una mejora de la cobertura universal en los sistemas de salud desde 1990, aunque con una importante variabilidad entre las regiones y los países, pero se advierte que el mayor gasto en salud es insuficiente por sí solo para mejorar efectivamente la cobertura universal.(39) Esto fue observado en el estudio sobre medición de la cobertura universal en 204 países, llevado a cabo por el grupo de investigadores del estudio de carga mundial de enfermedades (GBD, por sus siglas en inglés), el cual estimó que existe una relación entre mayor gasto de salud y mejor cobertura efectiva de los sistemas de salud ( $r=0.79$ ), aunque esta relación varía según los niveles de gasto. De acuerdo con los resultados de este estudio la cobertura efectiva mejora en distintas magnitudes hasta niveles de gasto per cápita anual de U\$ 2500 aproximado (per cápita combinado ajustado por paridad de poder adquisitivo), en tanto que gastos superiores a esa cifra no se relacionan de manera consistente con una mejor cobertura efectiva de la cobertura universal de salud. El estudio sugiere que a la par que aumentar el financiamiento a los sistemas de salud en países de ingresos bajos y medios, se requiere un mejor desempeño de éstos a nivel global.

Una pregunta clave para los encargados de formular políticas es cómo reorganizar el sistema de atención médica de tal manera que los proveedores, los pacientes y los pagadores estuvieran motivados para usar los limitados recursos de manera eficiente. Las reformas basadas en incentivos para la eficiencia entre proveedores, pacientes y pagadores han intentado introducir competencia entre seguros y proveedores, buscando desarrollar mercados regulados.(40) Pero los estudios sobre los efectos de la competitividad en el acceso, calidad y equidad son aún escasos y limitados a realidades de pocos países de altos ingresos. La competencia podría ser útil y perjudicial al mismo tiempo, dependiendo de los objetivos considerados, por lo que se debería explorar con cautela, particularmente por sus efectos negativos en equidad, solidaridad y acceso universal.(41)

Los incentivos para la eficiencia y accesibilidad a atención de salud mental no se cumplen bajo los supuestos del modelo de mercados de salud regulada, las

personas con enfermedades mentales no siempre pueden ejercer su libertad de elección de plan de seguro y existe exclusión disfrazada en la discriminación de las coberturas y condiciones de los planes.(42)

Algunos países con sistemas de salud nacionales han seguido el camino de equilibrar incentivos y regulación del Estado, orientando al sistema de salud hacia un modelo cooperativo más que un modelo competitivo, aunque esta orientación también requerirá la atención sobre la eficiencia en las reglas del uso de los recursos para sostener de forma responsable los sistemas de salud.(4) Los sistemas orientados al acceso universal, la solidaridad y la equidad serían favorables al desarrollo de servicios de salud mental en la comunidad y a la desinstitucionalización psiquiátrica.(2)(3)

En este contexto, ha emergido una posición que propone más que una contención de costos, orientar los esfuerzos para reducir el gasto innecesario en salud (43)(44), sin menoscabar el acceso ni la calidad de la atención.(45) Según la OCDE el gasto innecesario llegaría a una quinta parte del gasto en salud, definiendo el gasto innecesario como aquel que cumple dos condiciones: *“gasto que sostiene servicios y procesos que son dañinos o no brinda beneficios; costos que podrían evitarse sustituyendo alternativas más baratas con beneficios idénticos o mejores”*. (46, pág.19)

La OCDE señala que hay tres categorías de gastos innecesarios que se identifican en los actuales sistemas de salud: a) cuidados clínicos con evidencia de ineffectividad; b) malgasto operativo, en particular por el mal uso de productos farmacéuticos y de hospitalizaciones innecesarias; c) malgasto relacionado a la gobernanza como altos costos administrativos innecesarios, y los fraudes, abusos, o corrupción.(47) Este marco conceptual señala que en el gasto innecesario están involucrados todos los actores del sistema de salud: pacientes, equipos de salud, gestores y los organismos rectores o reguladores, existiendo cuatro razones por las cuales éstos incurrirían en estas tres categorías de gasto innecesario. A continuación, se detallan esas cuatro razones señalando los

mecanismos que conducirían (*drivers*) la conducta de todos los actores del sistema de salud<sup>1</sup>:

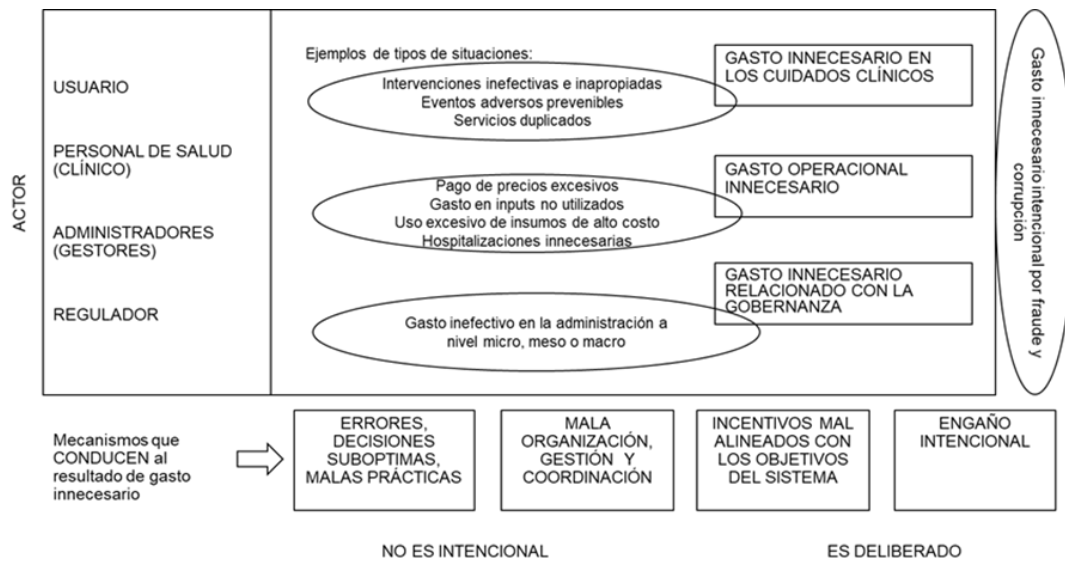
1. Los actores no saben hacerlo mejor: Sesgos cognitivos, desconocimiento, temor al riesgo, hábitos que conducen a errores, decisiones subóptimas y/o desviaciones de las mejores prácticas.
2. Los actores no pueden hacerlo mejor: El sistema está mal organizado y administrado, con insuficiente coordinación.
3. Los actores podrían perder si hacen lo correcto: Los incentivos están desalineados con los objetivos del sistema.
4. Los actores tienen el único propósito de servir a sus propios intereses: Los incentivos están desalineados con los objetivos del sistema apuntando explícitamente al fraude y la corrupción.

De acuerdo con este marco, OCDE plantea que, en las dos primeras razones, probablemente los actores actúan con buenas intenciones, pero los resultados son deficientes dados los mecanismos que determinan su conducta (*drivers*). En las segundas dos razones las conductas son deliberadas. Este marco es representado a través de la figura 1.

---

<sup>1</sup> Se ha realizado una traducción adaptada, desde el inglés al español, basado en el documento OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris. URL: [oe.cd/tackling-wasteful-spending-on-health](https://doi.org/10.1787/9789264266414-en). 304 p. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>

Figura 1. Tres categorías de gasto innecesario atribuido a los actores involucrados en los sistemas de salud y los mecanismos que conducen su conducta



Fuente: Elaboración traducida y adaptada de la fuente original OCDE (2017) *Ineffective spending and waste in health care systems: Framework and findings*. Página 21.  
 En: Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris. OECD. 2017

Según la OCDE, en este escenario de preocupación por la sostenibilidad de los sistemas de salud, la respuesta a los problemas de salud mental es cada vez más relevante si se estima que una de cada dos personas presenta un problema de salud mental a lo largo de su vida y que las personas que viven con problemas de salud mental son afectadas en su vida diaria, tienen peores resultados educativos, mayores tasas de desempleo y peor salud física, representando costos directos e indirectos considerables, lo que implica hacer mayores esfuerzos por los procesos de desinstitutionalización psiquiátrica y desarrollo de servicios de salud mental en la comunidad.(48) El gasto en hospitales psiquiátricos se considera un gasto ineficiente, sin embargo, se estima que a nivel global aún el 67% del gasto se asigna a hospitales psiquiátricos monovalentes, pese a que se asocian a malos resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos.(3)

En 2018, un estudio de 35 países de la región de las Américas calculó la proporción del gasto en salud mental a nivel nacional como una proporción del total del gasto público en salud. La mediana de la proporción del gasto en salud mental público fue de 2.4%, en los países de altos ingresos esa cifra ascendió a

5.1% (Canadá y EE. UU.).(49) A partir de esta estimación se formuló una métrica para evaluar el desequilibrio entre la proporción de carga de enfermedad (medida en DALYs) atribuible a cuatro grupos que demandan la atención de los servicios de salud mental (los trastornos mentales, los trastornos neurológicos, los trastornos por uso de sustancias y las lesiones autoinfligidas intencionalmente) y la proporción de gasto en salud mental. Se obtuvo una importante variación regional en el desequilibrio entre proporción de carga de enfermedad mental y proporción de gasto público en salud mental, la carga DALY osciló entre 1.8 y 72.1 veces el gasto entre los países. La mediana de este desequilibrio fue de 6.1 en la región. El estudio asumió el gasto en hospitales psiquiátricos como una proporción ineficientemente asignada de los gastos en salud mental. La mediana en la asignación a los hospitales psiquiátricos en las Américas fue del 80%. Al estimar el desequilibrio en la relación entre carga de enfermedad mental y gasto asignado de manera eficiente (excluyendo los hospitales psiquiátricos), entonces el desequilibrio osciló entre 3:1 en Canadá y EE. UU., a 435:1 en Haití, con una mediana de 32:1 en la región. Como conclusión del estudio, el gasto en hospitales psiquiátricos aumenta el desequilibrio entre carga de enfermedad y gasto eficiente en salud mental.

En el escenario de las actuales reformas a la salud, se observa un reimpulso de las políticas públicas que recomiendan el desarrollo de modelos de atención de la enfermedad mental orientados a la desinstitucionalización psiquiátrica e implementación de servicios generales y especializados en la comunidad, en que el respeto de los derechos humanos y la eficiencia son ambos principios éticos.(17)(50)

La OCDE planteó que para los sistemas de salud será relevante intervenir sobre las políticas que involucran a los actores del sistema de salud y los mecanismos que conducen sus conductas hacia los gastos innecesarios, en este sentido uno de los cuatro niveles de políticas considerado más importante son aquellas que producen incentivos económicos y financieros para influir en la conducta de pacientes, clínicos y administradores.(47) Para el caso de la salud mental, la OCDE señala que los mecanismos de pago a los proveedores de atención son una forma de conducir los incentivos de forma coherente con los propósitos de modelos de atención de salud mental comunitarios, señalando el desafío en el



*‘diseño e implementación de sistemas de pago que incentiven calidad, eficiencia y cuidados integrados, los cuales reflejen la diversidad de escenarios de tratamiento de los trastornos mentales’.*(48)(pág.118) Para avanzar en este desafío OCDE propuso que es necesario considerar cuatro aspectos: contar con una clasificación para el mecanismo de pago que no se limite al diagnóstico psiquiátrico; definir cuál es el producto o unidad de pago; definir el arancel a esa unidad o producto; implementar mecanismo de pago adicionales que reduzcan los incentivos negativos a los prestadores de atención en salud mental.(48) Esto requiere mayor conocimiento de cómo operan los incentivos de los mecanismos de pago en los servicios de atención de salud mental y en los actores involucrados. La diversidad de escenarios de tratamiento en donde los mecanismos de pago son introducidos implica comprender con mayor detalle el funcionamiento de los proveedores de atención en el campo de la enfermedad mental, sus objetivos, funciones y organización, de acuerdo con lo esperado para el modelo comunitario.

## **MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL SISTEMA DE SALUD.**

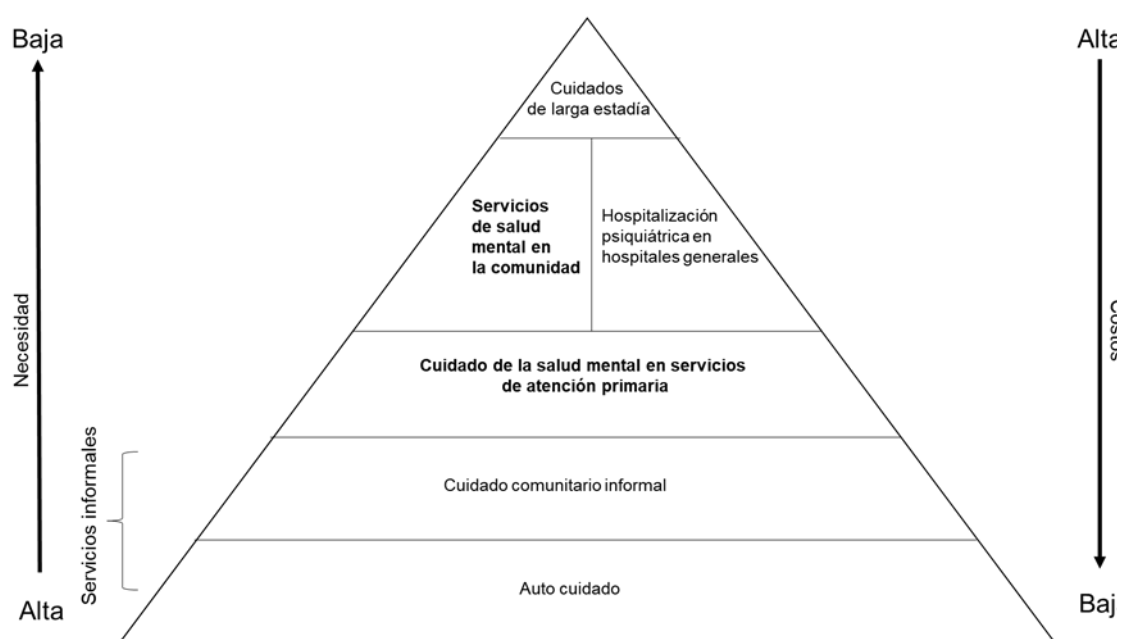
En la actualidad los procesos de reorganización de la atención psiquiátrica y los procesos de desinstitucionalización han venido a configurar un modelo de salud mental comunitaria que sintetiza las aspiraciones del nuevo sistema de atención de los trastornos mentales. Plantea como principio fundamental el pleno respeto de los derechos humanos de las personas con trastorno mental, la integración de los servicios de atención en el sistema de salud general, el cierre de los hospitales psiquiátricos junto con el desarrollo de servicios de atención en la comunidad, dado la fuerte evidencia de la efectividad en la recuperación integral de las personas en servicios cercanos a su contexto cotidiano y la eficiencia (costo-calidad, costo-beneficio) para el sistema de salud.(17)

La Organización Mundial de la Salud publicó un modelo piramidal para graficar lo que consideró la mezcla óptima de servicios de salud mental en el sistema de salud.(51) (figura 2a). Instó a los estados miembros a desarrollar principalmente

servicios especializados de salud mental en la comunidad y a integrar programas de cuidado de la salud mental en los servicios de atención primaria.

Para la implementación de este modelo, además desarrolló instrumentos técnico-políticos para orientar a los países al desarrollo de leyes de protección de los derechos de las personas con trastornos mental, al incremento del gasto de salud en salud mental, desarrollo de políticas intersectoriales que apuntan a garantizar condiciones de vida material y social digna de las personas con discapacidad mental, así como incentivar la participación activa de los usuarios de servicios de salud mental en sus procesos de recuperación.(2)

Figura 2. Pirámide de la mezcla óptima de servicios para los cuidados de la salud mental.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007.

Se planteó que la combinación de programas a nivel comunitario y hospitales generales ofrece mejores condiciones de tratamiento y recuperación que los hospitales psiquiátricos, por lo que resultaría fundamental transformar las condiciones estructurales de los sistemas de atención de salud mental para promover esta nueva forma de organización (1)(2)(3)(52), y los mecanismos de

pago a los prestadores de atención serían parte importante de esas condiciones estructurales.(1)(53)

Algunos investigadores se han interesado en estudiar las consecuencias económicas del proceso de desinstitucionalización. Una revisión sistemática indagó sobre esas consecuencias reportadas considerando tres países europeos que habían logrado un buen progreso en el reequilibrio de los servicios de salud mental, Reino Unido, Alemania e Italia. Se observó que hay importantes argumentos económicos para cerrar hospitales psiquiátricos pero la reorganización hacia lo comunitario no genera ahorros, advirtiendo que, en un buen sistema de atención, los costos de apoyo a las personas dependientes suelen ser elevados dondequiera que vivan. Los autores señalan que un nuevo arreglo de atención (como la atención basada en la comunidad) podría ser más costoso que el arreglo que está reemplazando (como la provisión hospitalaria de estadías prolongadas) pero aun así ser más rentable porque conduce a mejores resultados para los usuarios del servicio y quizás también para sus familias, y esos mejores resultados se valoran lo suficiente como para justificar el mayor gasto. Al mismo tiempo un gasto inadecuado en atención basada en la comunidad también puede producir malos resultados para las personas, como puede reflejarse en el caso de la reinstitucionalización.(54)

Para Ingrid Zechmeister (2018) el financiamiento de los cuidados en salud mental juega un rol central en el proceso de reestructuración de los servicios de atención en salud mental, y señala que es necesario identificar el contenido general de las reformas de la atención de salud mental y el contexto político económico y, explorar los desafíos para el financiamiento de la atención de salud mental con respecto a su interdependencia con la prestación de servicios en el proceso de cambio. Para la autora las políticas de reformas deben reconocer importantes cambios de concepto sobre salud y enfermedad mental, en que las dimensiones sociales son tan relevantes como las psicológicas y biológicas, siendo por ejemplo el estatus socioeconómico de las personas una condición que afecta el riesgo relativo de padecer una enfermedad psiquiátrica grave. La autora desarrolla su investigación comparando también los sistemas de salud y salud mental de países de la Europa occidental, con mayor detalle en Gran Bretaña, Alemania y Austria. Identifica diferentes patrones de gasto en salud mental

comparado con el resto de salud, observando que en la mayoría de los países la atención de salud mental se sostiene gracias a los financiamientos gubernamentales. Atribuye como principales razones de esto las características especiales de las enfermedades mentales que exigen la prestación de varios servicios básicos de atención de la salud mental fuera del sector salud (área social, organizaciones de la sociedad civil, voluntarios) o que han dado lugar a regulaciones de financiación específicas a veces excluyentes de las reglas generales de salud. Con todo, la autora señala que se observan deficiencias en el proceso de reestructuración, por ejemplo, al observar procesos de transinstitucionalización. A través del análisis crítico del discurso contenido en las políticas de salud mental, señala que los documentos de política son el resultado de procesos de negociación en donde la profesión de psiquiatra ha ocupado un rol dominante; los documentos no abordan las contradicciones sobre el término 'participación' y los probables conflictos que esto conlleva, mientras que los planificadores y pagadores siguen principalmente el enfoque consumista (economicista), los usuarios y familiares desean un mayor control del usuario (participación democrática); hay una liberalización de las políticas de salud mental no explícita al confundir la importancia de la autonomía y la responsabilidad individual frente al cuidado de la salud mental, la autora señala que el neoliberalismo ha reinventado la comunidad fusionando comunidad e individualismo. La gobernanza, al activar el compromiso de los individuos, sus fortalezas y su disposición para la toma de decisiones, se ha convertido en la imagen contrastante del estado centralista y paternalista que inhibe al individuo. El discurso de la reforma de la salud mental refleja un proceso de transformación de la política de salud mental que es parte de un proceso más amplio de transformación del estado de bienestar. La autora entrega una perspectiva clave al plantear que la financiación de la atención de la salud mental es un proceso político y tiene un potencial considerable para dar forma a las estructuras y relaciones sociales; cualquier sistema de financiación de la atención de la salud mental refleja un concepto específico de política social de salud y enfermedad mental, y está integrada en el estado de bienestar general, es necesario visibilizarlo y hacerlo transparente.(55)

Se plantea que los estudios realizados en su mayoría en países de altos ingresos deben ser tomados con precaución en relación con las realidades diversas que presentan los países de bajos y medios ingresos. Una revisión sistemática buscó conocer si los cambios en los sistemas de financiamiento en el marco del acceso universal en salud, en países de bajos y medianos ingresos, tuvo algún impacto en mejoras en la utilización de servicios de atención de salud mental.(56) Se consideraron 18 publicaciones, frente a los cuales se indagó los impactos de la implementación de seguros social de salud, seguro nacional de salud o seguro comunitario, todos orientados hacia la cobertura universal. La revisión concluyó que no es claro que las reformas de acceso universal tengan un impacto positivo en el acceso a salud mental, salvo en un grupo reducido de países de bajos y medianos ingresos. Los resultados sugirieron que aún hay una brecha en la cobertura de seguros en los países. Se observó la tendencia a un mayor acceso a hospitalización psiquiátrica en el caso de la población con seguro, lo mismo que el acceso a consulta de salud mental de pacientes ambulatorios y al acceso a tratamiento con medicamentos. En los países con mayor cobertura pública las personas con diagnóstico de depresión y esquizofrenia reportaron en mayor proporción haber recibido tratamiento alguna vez (sobre el 80%). Por el contrario, quienes tenían seguro tuvieron menos probabilidad de recibir electroshock, que aquellos pacientes hospitalizados no asegurados. La mayoría de las publicaciones abordaban la situación de China, aunque también hubo artículos para Tailandia y Corea del Sur. Un artículo del año 2006 sobre Chile fue considerado (57). En este artículo los autores identifican desigualdades en la frecuencia de atención de las personas en Chile en desmedro de aquellos cubiertos por el seguro público en comparación a quienes contaban con seguro privado de salud. En relación con estos últimos mostraba menos necesidades de atención, que los autores atribuyeron al descreme negativo que producen los seguros privados con la salud mental.

Por otra parte, un estudio que aborda las restricciones en el acceso universal para salud mental en Sudáfrica observó una discrepancia entre la política nacional de salud mental de ese país y la implementación del seguro nacional de salud. De acuerdo con los autores, el seguro nacional de salud, aunque declaró la intención de promover la equidad en salud a través de la cobertura

universal, tiene significativos desafíos para incorporar y ampliar servicios de salud mental para la población.(58) Las brechas en la cobertura de los seguros, asociada a la limitada capacidad de destinación de recursos públicos a salud y peor nivel socioeconómico de los habitantes, son características de los países de bajos y medianos ingresos, que parecen impactar negativamente en el acceso a la atención de salud mental. La calidad de los servicios recibidos no es un tema que se pueda analizar desde estos estudios, aunque es posible suponer que también hay un mayor impacto negativo.

De acuerdo con el informe del proyecto Atlas de la Organización Mundial de la Salud de 2017 el gasto medio mundial en salud mental per cápita fue de U\$ 2.5, en tanto que la mediana mundial del gasto público nacional en salud per cápita se estimó en U\$141 existiendo una gran variación entre los países según nivel de ingresos, siendo menor para los países de bajos ingresos. El gasto per cápita en salud mental en la región europea fue 20 veces mayor en comparación con la región de África y el sudeste asiático. El 73% de los países informaron que la atención de personas con trastornos mentales graves está incluida en los esquemas de seguro de salud, pero el porcentaje de países que informan que las personas pagan mayor o totalmente de su bolsillo el costo de los servicios de salud mental también se concentra en los países de menores ingresos. En las Américas un 94% de los países reportó que las personas están totalmente aseguradas o bien el copago no supera el 20% de los costos. El informe señala que a pesar de la transición en varios países de ingresos altos hacia las salas psiquiátricas en los hospitales generales y la provisión de atención residencial basada en la comunidad, los países de ingresos altos todavía tienen un número mucho mayor de camas de hospitales psiquiátricos (31.1 por 100 000 habitantes) y tasas de admisión (163.2 por 100 000 habitantes) que en los países de ingresos más bajos, y que países de ingresos bajos están haciendo un esfuerzo considerable de asignación del gasto público en salud mental en comparación con los país de ingresos altos, aunque en valores bruto los presupuestos sean mucho menores.(12)

En el proceso de transformación hacia el modelo comunitario se podría observar que los sistemas de pago que han sostenido un modelo asilar ineficiente persistirían, desincentivando a consolidar los logros del modelo comunitario

(59)(18). Las ineficiencias en el uso de los recursos plantean uno de los obstáculos principales para mejorar la salud mental, especialmente en países de bajos y medianos ingresos.(53)

Para comprender las condiciones estructurales asociadas a los mecanismos de pago, puede facilitar contar con un marco amplio acerca de las características de un sistema de salud. El subsistema de salud mental como parte del sistema de salud puede ser comprendido precisamente desde un enfoque de sistemas, que permita identificar los componentes estructurales y funcionales del subsistema, así como las interacciones entre éstos.

## **ATENCIÓN DE SALUD MENTAL COMO SISTEMA COMPLEJO.**

En el campo de la investigación sobre los sistemas de salud se viene planteando la ventaja de aplicar un pensamiento de sistemas para promover ideas innovadoras que permitan abordar sus problemas actuales y fortalecer la respuesta a las necesidades de salud de la población, sugiriendo que esta aproximación quizá sea una nueva frontera de la investigación en salud pública.(60) La ciencia de la complejidad es la última generación de pensamiento sistémico y un componente clave de la ciencia de la complejidad es el concepto de sistemas adaptativos complejos.(61)

Los sistemas adaptativos complejos se han definido como *‘una colección de agentes individuales con libertad para actuar de formas que no siempre son totalmente predecibles, y cuyas acciones están interconectadas para que las acciones de un agente cambien el contexto para otros agentes’*.(62)(pág.625)

Entre las características descritas se plantea que: el sistema surge de los patrones de interacción entre los agentes que lo componen; los sistemas están integrados en otros sistemas con los cuales se influyen mutuamente, suelen tener límites difusos, y sus comportamientos no son lineales; aunque el comportamiento impredecible es inherente al sistema es posible observar patrones de interacción; los agentes del sistema responden a su entorno utilizando conjuntos de reglas internalizadas que impulsan la acción, el sistema adapta su comportamiento con el tiempo, tienen historia, su propia

retroalimentación permite al sistema autoorganizarse; esta retroalimentación puede ser positiva o negativa, lo que en un sistema complejo se llama recurrencia del sistema.(63)

La Organización Mundial de la Salud impulsó una iniciativa para *‘promover la generación y uso de investigaciones sobre políticas y sistemas de salud como medio para mejorar la situación sanitaria y los sistemas de salud de los países en desarrollo’*.(64) La iniciativa consiste en una colaboración internacional radicada en la OMS denominada Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AHPSR). Dentro de sus productos, los denominados informes insignia, progresivamente fueron fundamentando sobre la importancia de acrecentar y aplicar efectivamente el conocimiento sobre los sistemas de salud (65), problematizar sobre las limitaciones para vincular la investigación con la formulación de políticas(66), para luego proponer una *‘comprensión más pragmática de lo que funciona en el fortalecimiento de los sistemas de salud, para quién funciona y en qué circunstancia’* a través del uso de un marco de pensamiento sistémico como método de aproximación.(67)

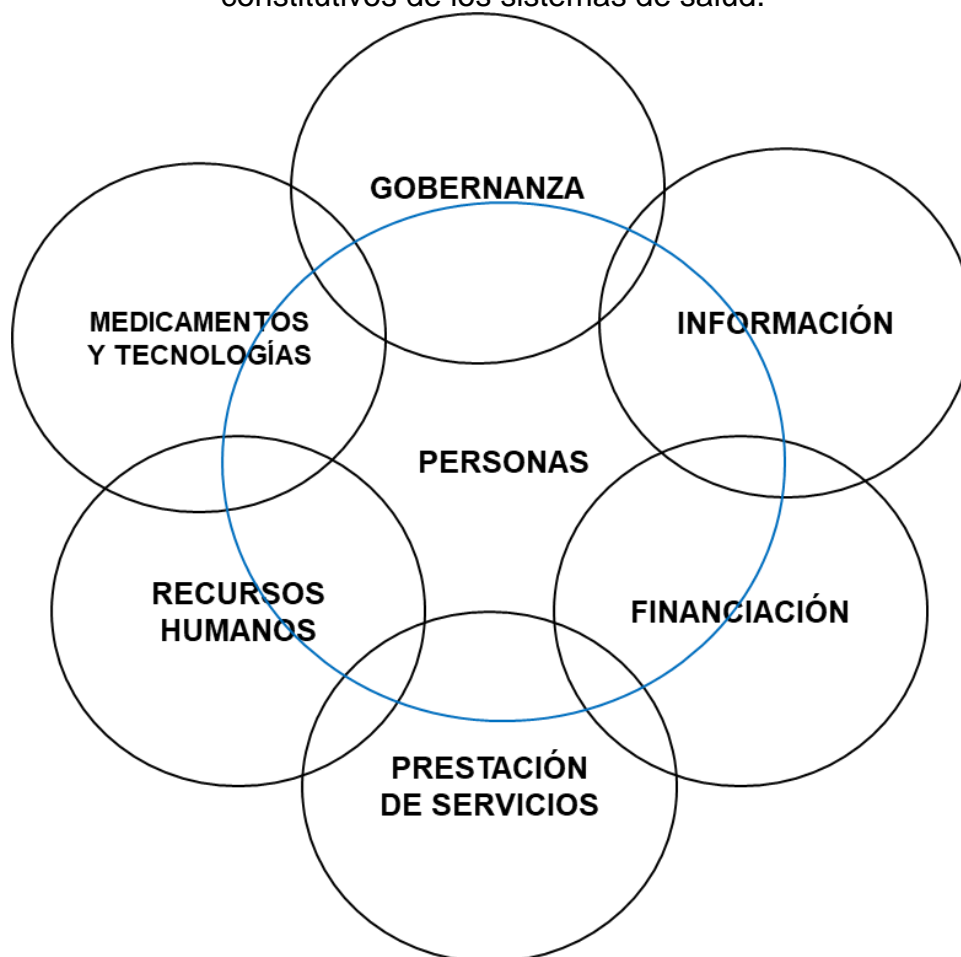
En esta recomendación se adoptó la definición de que el sistema de salud es un sistema adaptativo complejo, en cuya arquitectura interactúan siete elementos constitutivos: las personas usuarias, la provisión de servicios, los recursos humanos, los medicamentos y tecnologías, la gobernanza, la información, y la financiación (figura 3). Las intervenciones orientadas a fortalecer el sistema de salud pueden apuntar a uno o más elementos constitutivos del sistema. Cuando las intervenciones logran efectos en todos los elementos del sistema, se les ha denominado *“intervenciones a nivel de sistema”*. El tercer informe insignia de la AHPSR sobre aplicación del pensamiento sistémico señaló al mecanismo de pago por desempeño como ejemplo de este tipo de intervenciones, pues las reglas de financiación son intervenciones complejas para sostener las transformaciones complejas al sistema de salud en su conjunto.(67)

En este marco, el subsistema de salud mental puede ser comprendido y abordado como un sistema adaptativo complejo, y el mecanismo de pago a quienes prestan los servicios de atención como una intervención compleja a nivel de sistema. En esta definición, las reglas que impone el mecanismo de pago a



los diferentes tipos de servicios de salud mental afectan las interacciones entre los elementos constitutivos retroalimentando positiva o negativamente a todo el subsistema, es decir, eventualmente potenciando o inhibiendo su transformación hacia el modelo de salud mental comunitaria. Pero el enfoque de pensamiento de sistemas no arroja por sí sólo una teoría o marco conceptual acerca de cómo operan los mecanismos de pago en su relación con las interacciones propias del modelo de salud mental comunitaria, interacciones que tampoco han sido previamente caracterizadas.

Figura 3. Arquitectura dinámica e interconectividad de los elementos constitutivos de los sistemas de salud.



Fuente: Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009.

Para facilitar la identificación y desarrollo de la teoría de los programas de intervención en el marco de sistemas complejos, complementariamente se ha propuesto la utilización de la metodología de la **Evaluación Realista** (Realistic

Evaluation) planteada por Ray Pawson y Nick Tilley en 1997. Esta aproximación plantea que lo relevante en la evaluación de intervenciones en escenarios de complejidad es la respuesta a las preguntas: ¿Qué funciona, para quién, en qué aspectos, en qué medida, en qué contextos y cómo? Para responder a estas preguntas los investigadores deben identificar los mecanismos que generan cómo se producen los resultados, en determinados contextos. Estos mecanismos generativos son impulsores sociales y conductuales que gatillan el razonamiento de los actores, es decir, las intervenciones no causan directamente una transformación de su objeto, pero movilizan recursos (materiales, sociales, emocionales, políticos) para y desde los participantes logrando la transformación esperada por la intervención o programa. De aquí que para esta metodología la entrevista a los actores de las intervenciones o programas es clave en la obtención de la data para el análisis. La evaluación realista permite ordenar los pasos para la identificación de la teoría que hay detrás de una intervención o programa y, por tanto, la identificación de los mecanismos del programa que “causan” los resultados observados.(68) Esta metodología ha evolucionado a través de los investigadores que la han implementado. En Gran Bretaña el Instituto Nacional de Investigación en Salud (NIHR, por sus siglas en inglés) ha financiado el proyecto RAMESES orientado a fortalecer el desarrollo metodológico de la evaluación realista (69). Los estudios de John Eastwood usando evaluación realista en Australia, reportan un material metodológico útil para el proceso de construcción de una teoría explicativa de un programa o intervención utilizando diseños mixtos. En ese proceso de construcción distingue tres fases: emergente, de construcción y de confirmación. La fase emergente permite generar conceptos teóricos, utilizando diversos métodos de recolección y análisis de datos. Este marco metodológico permite identificar a partir de los datos, cuáles elementos están dando cuenta del (70)(71):

- a) Contexto: los factores circundantes del entorno externo e interno (por ejemplo, al subsistema de salud mental) y la naturaleza de los actores que influyen en el cambio de comportamiento (por ejemplo, pacientes, proveedores y pagador).

- b) Intervención o programa: la naturaleza y características de la intervención (por ejemplo, el mecanismo de pago) y cómo se implementa.
- c) Mecanismos: el mecanismo que en un contexto determinado es desencadenado por la intervención (por ejemplo, teoría acerca de cómo operan los mecanismos de pago en su relación con las interacciones propias del modelo de salud mental comunitaria).
- d) Resultados: el resultado de la intervención o programa en sus diversos aspectos.

Por otra parte, en Europa desde hace algunos años se vienen desarrollando proyectos de investigación sobre los sistemas de cuidados de la salud mental, la discapacidad, y los cuidados a largo plazo, que han asumido una perspectiva de sistemas reconociendo que éstos son dinámicos y complejos. Estos proyectos muestran la posibilidad de un abordaje integral de la evaluación del subsistema de atención de salud mental, pues se están haciendo cargo de diversas dimensiones desafiantes de la evaluación, como la necesidad de contar sistemas estandarizados para la clasificación de servicios de atención de salud mental (DESDE-LTC) que permitan la comparación entre similares (72), la necesidad de estandarizar los métodos e instrumentos para la estimación de los costos y beneficios y el impacto económico de los sistemas de salud mental (PECUNIA) (73), así como analizar los diferentes sistemas de financiación, asistencia y resultados como modelos de comparación estandarizada en el problema de la salud mental en Europa que apoyen la toma de decisiones de planificadores y responsables políticos (REFINEMENT) (74). Los mecanismos de financiación han sido parte de las áreas de interés de estos proyectos.

## **MECANISMO DE PAGO A LOS PROVEEDORES COMO “INTERVENCIÓN DE NIVEL DE SISTEMA” PARA INCENTIVAR EL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.**

Los mecanismos de pago a los proveedores de atención son una forma de conducir los incentivos de forma coherente con los propósitos de modelos de atención establecidos, en este caso el modelo de atención de salud mental comunitaria.(48) El factor crítico para la transferencia de recursos financieros a los proveedores de atención de salud es el mecanismo de pago, es la forma en que los pagadores (el gobierno, las aseguradoras, los pacientes) asignan el dinero a prestadores de atención institucionales (hospitales, centros ambulatorios, servicios residenciales, otros) o individuales (profesionales y técnicos de la salud).(75) El mecanismo de pago puede ser definido como ***un tipo de contrato entre dos o más jugadores (pacientes, proveedores y pagadores) que crea incentivos específicos para la prestación de atención médica y minimiza el riesgo de comportamiento oportunista*** (76)(pág.3). El mecanismo de pago se constituye en un instrumento de incentivo de las conductas esperadas e inesperadas en los proveedores de atención de salud, a partir de la forma en que se distribuye el riesgo financiero entre el proveedor, el financista y la persona usuaria.(77)(78)

Un informe encabezado por Joseph Kutzin en 2016 (Departamento de Gobernanza y Financiamiento de los Sistemas de Salud de OMS) plantea que, respecto de la financiación, el uso estratégico de la función de transferencia de los fondos a los proveedores de atención (también denominada función de compra) es el instrumento clave que permitiría que los recursos limitados se usen de manera eficiente a fin de maximizar los beneficios que otorgan a la población.(79) El informe analiza el papel de las estrategias de financiamiento para la sostenibilidad de la cobertura universal en salud.

Señala que, independientemente de los esquemas de financiación de los países, en tanto función de los sistemas de salud, la financiación se compone de: a) fuentes de recaudación de los ingresos, b) reglas para el acopio de fondos prepagos en nombre de una población, c) la función de compra o transferencia

de los fondos a los proveedores de atención, d) diseño de beneficios y políticas de racionamiento, e) administración y gobernanza del sistema de financiación. De manera más general, la lección es que los incentivos y las responsabilidades de las instituciones responsables de la compra o transferencia de los fondos deben estar alineados con los objetivos de las políticas públicas, logrando compras o transferencias más estratégicas en el sistema de salud como instrumento clave para la cobertura universal de salud, cuyos objetivos son mayor equidad, calidad y protección financiera.

A nivel macro, los sistemas de salud deben contar con entidades a cargo de regular la función de compra o transferencia. *‘La responsabilidad principal del comprador es comprar en nombre de las personas o la población inscrita. Debido a la asimetría de la información en el sector de la atención de la salud, las personas no poseen el conocimiento y la información para ser un comprador eficaz. Por tanto, una entidad debería tener la responsabilidad explícita de la compra. Más específicamente, esta entidad debe estar facultada para tomar decisiones basadas en evidencia sobre (1) qué servicios comprar, (2) qué proveedores comprar y (3) cómo comprar. Estas entidades pueden adoptar una variedad de formas organizativas y de propiedad, por ejemplo, ministerios de salud del gobierno, autoridades de salud locales, agencias públicas autónomas, aseguradoras de salud privadas (ya sean comerciales o sin fines de lucro) u organizaciones no gubernamentales’.*(79)(pág.287).

A nivel macro, la función de transferencia o compra, puede contribuir a una mayor *eficiencia distributiva o asignativa*, es decir, que la distribución de los recursos en una variedad de posibles proveedores, de distinto tipo y nivel de atención, logren una combinación deseable de servicios de acuerdo con los modelos de atención declarados.(80) La eficiencia constituye uno de los principios de la base ética fundamental para el desarrollo de servicios de salud mental, y como principio ético se ha definido como una característica que *‘minimiza los recursos necesarios para alcanzar un resultado determinado o que maximiza los resultados en función de un nivel determinado de recursos’.*(17)(pág.182)

A nivel de los proveedores (meso nivel), sin embargo, los mecanismos de pago pueden jugar un rol relevante en el logro de *eficiencia técnica*, es decir, que dados ciertos recursos disponibles aumenten los resultados intermedios de salud, como el volumen y tipo de ingresos y egresos, los tiempos de espera, la calidad de las intervenciones, la satisfacción de los usuarios, la recuperación, la inclusión social, etc.

En 2002 un grupo de investigadores de tres Universidades de Bélgica propusieron una tipología ampliamente aceptada sobre los mecanismos de pago orientada a los incentivos a los proveedores.(75) Esta tipología señala que los mecanismos de pago se basan en tres dimensiones básicas:

- a) Mecanismo fijo o variable.
- b) Mecanismo retrospectivo o prospectivo.
- c) Unidad de pago.

En la primera dimensión, el mecanismo de pago será fijo o variable, dependiendo del vínculo entre los ingresos del proveedor y la producción de ese proveedor. Si mayores ingresos están asociados al nivel de producción, un proveedor de atención incrementará sus actividades incentivado por el aumento en sus ingresos, aunque la teoría económica predice que la actividad aumentará hasta que el ingreso marginal sea igual al costo marginal, por lo tanto, para el proveedor comienza a ser relevante la relación entre la tarifa de su actividad y el costo de esta. De aquí se plantea que los sistemas de pago variables con tarifas generosas pueden ser un buen incentivo para incrementar la cantidad y la calidad de la atención de salud, pero también puede incentivar intervenciones que no produzca beneficios para la salud o incluso produzca perjuicio.(75)

En el sistema fijo los ingresos al proveedor no están asociados al incremento de su actividad, y suelen estar definidos ex ante. La teoría económica predice que en estas circunstancias los proveedores tendrán un fuerte incentivo para reducir sus costos marginales evitando intervenciones innecesarias o haciendo sus procesos administrativos más eficientes. Sin embargo, también existe el riesgo que el incentivo genere que los proveedores reduzcan la frecuencia de las

intervenciones, sacrifiquen su calidad, o excluyan a ciertos tipos de pacientes por ser considerados más costosos.(75)

Entonces, esta primera dimensión indica que los proveedores de atención de salud mental estarían más incentivados a disminuir los costos de su actividad si el mecanismo de pago al proveedor es un sistema fijo, o a incrementar la actividad para aumentar los ingresos, si el mecanismo de pago es variable. Pero esto ocurre a nivel meso. Como el sistema de financiamiento público se fija a nivel macro, se debe considerar que los responsables de la formulación de políticas determinan un límite de gastos para el grupo total de proveedores o de tipo de proveedores, lo que se denomina sistema cerrado. Se plantea que los sistemas cerrados son útiles para contener los costos al determinar ex ante el límite del gasto, pero esta determinación por sí sola no asegura que el gasto se exceda ex post, estableciendo un límite máximo rígido o uno flexible de acuerdo con el nivel de permisividad con que los responsables de políticas impongan a las modificaciones del presupuesto. También los responsables deberán determinar si sancionar solo a los proveedores que han contribuido al excedente de gastos o a todo el grupo de proveedores. Entonces, en el sistema macro cerrado, el mecanismo de pago variable a nivel micro en algún punto estará limitado por las condiciones de flexibilidad presupuestaria que imponga.(75)

En la segunda dimensión, se considera un mecanismo de pago retrospectivo cuando existe un reembolso ex post, total o parcial, del costo de la actividad de un proveedor de atención de salud. Aquí el incentivo para el proveedor puede resultar en un aumento de costos sin que eso implique beneficios de salud. En tanto, se considera mecanismo de pago prospectivo cuando las tarifas de las actividades y el límite de presupuesto se fijan ex ante. En este caso el mecanismo no se condiciona a los costos del proveedor, y los incentivos estimulan la eficiencia técnica. Para el *comprador* este sistema permite contener costos, pero también existe el riesgo de incentivar que el proveedor restrinja actividades, deteriore la calidad, egrese a los pacientes antes de lo apropiado, aumenten el riesgo de readmisión o se derive a los pacientes a otros proveedores. Para mitigar estos efectos, el nivel macro debe estar atento a que el pago prospectivo y los recursos requeridos para la producción del proveedor tenga neutralidad de costos, es decir, que la relación entre los costos marginales

esperados y las retribuciones marginales sean iguales. Para determinar los costos marginales esperados se requerirá un esquema de clasificación de las intervenciones o de los grupos de pacientes, que permita que esas clasificaciones sean lo más homogéneas posibles para todo el grupo de proveedores, determinando las tarifas prospectivas de acuerdo con algún criterio, como por ejemplo el promedio del costo del grupo de proveedores.(75)

Respecto de la tercera dimensión, los autores de la tipología identifican cinco posibles unidades de pago:

- a) Pago por actividad y contactos médicos (*Fee-for-service, FEE*). Se paga cada prestación identificada por separado, se conoce el precio de la prestación ex ante y las prestaciones que no están en la lista no se pagan.
- b) Pago por sistema de viáticos (*Per diem per patient-day*). Se determina una tarifa ex ante frente a la atención de un día-paciente hospitalizado o se define un precio ex post determinado por el costo real de un día-paciente hospitalizado.
- c) Pago por caso (*Payment per case*). Se clasifican los tipos de casos de pacientes para definir grupos similares (*case-mix*), frente a los cuales se determina una tarifa de pago. El más conocido es el sistema de casos relacionados por el diagnóstico (*Diagnostic Related Groups System, DRG-system*, en español GRD; y en menor medida el *Adjusted Clinical Groups, ACG*). La clasificación en este caso agrupa los diagnósticos según la homogeneidad del uso de recursos y las características clínicas, generando diversos grupos a los que se les determina una tarifa de acuerdo con el grupo. Un desarrollo reciente para abordar el problema de la cronicidad y multimorbilidad de la población que es atendida por la atención primaria de salud en España es la clasificación denominada Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA). Es una herramienta de *case-mix* cuya '*estratificación de los pacientes crónicos en diferentes niveles de riesgo tiene entre sus objetivos ayudar a identificar a los pacientes con mayores comorbilidades, polifarmacia, uso de servicios y mayor riesgo de complicaciones, empeoramiento de capacidad funcional, calidad de vida y/o muerte prematura*' (81)(pág.88). Dentro de las limitaciones de esta herramienta, los autores señalan sin embargo, que no se tienen en cuenta



los factores psicosociales, aspecto que suele ser una debilidad de los mecanismos de pago por caso en general.(82)

- d) Pago por paciente (*Payment per patient*). Es un sistema de capitación. Se paga una tarifa por paciente bajo supervisión por parte de un proveedor por un período de tiempo, habitualmente un año. Los ingresos al proveedor son una función del número de pacientes ingresados a su lista de supervisión. La tarifa se puede ajustar de acuerdo con alguna condición de la población ingresada a la lista de supervisión, como edad, sexo, condición crónica, condiciones socioeconómicas de los pacientes.
- e) Pago por período (*Payment per period*). El sistema establece un pago global periódico fijo, habitualmente un pago anual definido ex ante, no asociado a la producción ni a un número determinado de pacientes. Se establecen ciertos criterios para definir el monto del pago global, habitualmente de dos tipos, medidas relacionadas con los insumos y medidas relacionadas con el volumen de actividad. También se le ha denominado sistemas presupuestarios.

Nuevas unidades de pago se fueron introduciendo en este marco conceptual original sobre mecanismos de pago. Este es el caso del pago por desempeño y el pago por resultado, que profundizaron en la búsqueda de incentivos por la calidad y el impacto de las intervenciones de los proveedores. La tipología anterior permite identificar algunas mezclas entre mecanismos y unidades de pago que orientan al proveedor a la eficiencia y calidad cuando la obtención de recursos es función de su rendimiento. En este sentido el pago por desempeño o por resultado puede ser comprendida como variaciones en los esquemas que se producen con los elementos ya considerados en la tipología, como un tipo de sistema opuesto a los esquemas de pagos por actividad con mecanismos variable y retrospectivo.(83)(84) Sin embargo, el pago por desempeño o por resultados ha despertado interés en particular en la exigencia de metas para la atención de afecciones crónicas, por lo que se incorporará como unidad de pago singular.

- f) Pago por desempeño (*Pay-for-Performance, P4P, en literatura USA*) y Pago por resultado (*Payment by Results, PbR, en literatura UK*). El sistema establece el pago en función de metas de desempeño exigidas al

proveedor, definidas de acuerdo con criterios de calidad asistencial, tanto clínicos como de apoyo clínico y administrativo. Habitualmente se establecen para bonificar la actividad del proveedor, en simultáneo con otros sistemas de pago.(85)(86)

Un esquema de la tipología de los mecanismos de pago a proveedores se puede resumir en la figura 4. La mezcla y configuración de estas dimensiones otorgan una variedad de posibilidades de incentivos en las conductas de los proveedores. Los autores de las tipologías señalan que en la práctica se utilizan una mezcla de estos mecanismos y unidades de pago simultáneamente en un determinado entorno de intervención en salud, lo que denominaron a los sistemas de salud como *sistemas híbridos*.(75)

Figura 4. Tipología de mecanismos de pago en salud orientada a los incentivos a los proveedores.

<b>NIVEL MACRO</b> <i>Entidad que asume la función de compra o transferencia de los recursos a los proveedores</i>	<b>SISTEMA CERRADO</b>		<b>SISTEMA ABIERTO</b>	
<b>NIVEL MESO</b>	MECANISMO FIJO	MECANISMO VARIABLE		
	MECANISMO PROSPECTIVO		MECANISMO RETROSPECTIVO	
	UNIDAD DE PAGO			
	<i>En un extremo de sistema cerrado, fijo y prospectivo se plantea una unidad de pago de presupuesto global anual sin mayor incentivo al proveedor</i>	Pago por actividad Pago de viático Pago por tipo de caso Pago por paciente Pago global o pago presupuestario Pago por desempeño o resultado	<i>En un extremo de sistema abierto, variable y retrospectivo se plantea que la unidad de pago resulta irrelevante, pues se paga todo el costo real del proveedor</i>	

Elaboración propia adaptado de: a) Jegers M et al. A typology for provider payment systems in health care. Health Policy 60 (2002) 255–273, b) Institute of Medicine 2007. Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. Washington, DC: The National Academies Press, c) Appleby et al (2012) Payment by Results How can payment systems help to deliver better care? The King's Fund 2012

En el caso de los servicios de atención en salud mental y psiquiatría, cada vez más se utilizan mecanismos de pago que asocian la obtención de recursos a la actividad y el rendimiento de los proveedores, con el objetivo de recompensar los logros en calidad, eficacia y eficiencia, evitando así la discrecionalidad de la actividad del proveedor.(53)

Dentro de este tipo de sistemas, se ha discutido si el *capitado* (variable, prospectivo, por población supervisada) es adecuado para los servicios de salud mental. En Canadá pocos servicios de salud mental se brindan estrictamente por capitación y se advierte el temor a que este mecanismo puede generar el incentivo para seleccionar solo pacientes sanos (selección adversa) además de desincentivar los tratamientos compartidos o colaborativos entre niveles (por ejemplo nivel primario y secundario o hospitalario), por lo que requeriría incorporar criterios de ajuste que eviten penalizar financieramente a los centros de atención y fomente la atención de pacientes que pueden ser costosos de tratar, por ejemplo, aquellos con enfermedades mentales crónicas.(78)

En Estados Unidos se ha discutido el método *capitado* con diferentes tipos de ajuste por riesgo, en particular para la atención de personas con esquizofrenia, y si bien se ha orientado hacia una mayor extensión de la cobertura por parte de los seguros de salud, la experiencia reportada es que los servicios de primer episodio de psicosis demuestra la necesidad continua de financiación pública para algunas actividades que no están cubiertas por la mayoría de los beneficios tradicionales del seguro de salud.(87) Las innovaciones en los tratamientos psicosociales no se incorporan en el seguro, en comparación con las innovaciones en psicofármacos, como el tratamiento asertivo comunitario, la atención colaborativa y el empleo de apoyo, que son ejemplos de intervenciones efectivas.(88) Se critica la existencia de un financiamiento limitado para la salud mental y gran parte de lo que existe ocurre a través de un sistema de reembolso médico que está severamente limitado y no financia muchas de las intervenciones que necesitan las personas con discapacidad mental, manteniendo una lógica de pago por actividad "médicamente necesarios" como condición de financiamiento, en lugar de "socialmente necesarios".(89)

Una revisión sistemática que buscó evaluar el impacto de los diferentes mecanismos de pago en centros de atención ambulatoria (90), encontró dos estudios de series de tiempo en agencias de salud mental, realizados en Colorado, USA, que evaluaban el efecto del método capitado sobre servicios de salud mental infantil(91) y sobre servicios de urgencia psiquiátrica en adultos(92), en comparación con un pago por actividad (Fee-for-service). En el primer caso los proveedores capitados redujeron los costos al reducir el tratamiento hospitalario infantil y aumentar los tratamientos ambulatorios, aunque los investigadores se mostraron escépticos ante el argumento de que la capitación per se incrementa la prevención secundaria y terciaria en la atención. En el segundo caso los resultados sugieren que el pago capitado redujo las admisiones en urgencia psiquiátrica y estimuló la atención ambulatoria, aunque advierten que en el período se incorporó un mayor uso de antipsicóticos de segunda generación que puede haber mejorado la adherencia de personas con esquizofrenia. Los autores concluyeron que el supuesto sobre la capitación como algo perjudicial para las personas con enfermedades mentales es demasiado simplista, observaron que pudo afectar favorablemente el acceso y la calidad de los servicios de salud mental, reduciendo costos, comparado con el pago por actividad. Concluyeron que se necesitan estudios que permitan comprender las condiciones bajo las cuales la capitación genera buenos o malos resultados para los usuarios.(91)

Hay una creciente publicación de estudios acerca del pago por desempeño (P4P), que muestra que hay una diversidad de esquemas de pago diferentes bajo este concepto, con diferentes efectos favorables, desfavorables o mixtos en relación con la meta de desempeño a los proveedores.(91)

Un estudio cuasi experimental natural en Francia evaluó el efecto de introducir el mecanismo P4P en el sistema de pago a los médicos de atención primaria para incentivar la reducción de la prescripción de benzodiazepinas en personas mayores de 65 años.(93) El sistema se introdujo en 2009 voluntariamente y luego se generalizó en 2011, dado que las benzodiazepinas eran ampliamente indicadas en personas mayores para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio, la agitación psicomotora, las convulsiones, los espasmos o en el contexto del síndrome de abstinencia de alcohol, aun cuando las consecuencias no deseadas

(como caídas), el deterioro de la memoria a largo plazo y los riesgos neuropsiquiátricos, lo contraindican en mayores de 65 años. El estudio comparó el efecto, comparando las prescripciones de médicos que suscribieron el P4P, de aquellos que no lo hicieron (36% de un total de 4622 médicos de atención primaria). Se concluyó que la probabilidad de alcanzar la meta de menor prescripción de benzodiazepinas fue 0,31 mayor (IC:0.01;0.63,  $p < 0.001$ ) en médicos de atención primaria que suscribieron el P4P, lo que se consideró un efecto modesto. Se planteó que algunos médicos de cabecera con buenas actuaciones podrían estar más interesados en introducir el P4P para aumentar los ingresos, pero no necesariamente mejorar la meta de salud pública. Sin embargo, en otro estudio en Francia, aunque no en el ámbito de la salud mental, evaluó el comportamiento hospitalario a partir de la introducción de P4P, utilizando un diseño mixto cuyos resultados descriptivos no mostraron cambios en la reorganización interna asociados al nuevo mecanismo de pago, pero que al incorporar análisis de correspondencia múltiple (ACM), identificó dos dimensiones que permiten caracterizar el comportamiento de los hospitales asociados a los incentivos que se generaron en la implementación del P4P: a) el nivel de control de la política interna de calidad de la atención (comunican los resultados al personal, líderes que creen que las bonificaciones del mecanismo tienen un impacto positivo en la relación con los pacientes) y b) el nivel en que se considera que el mecanismo es una palanca de mejora de la calidad (quienes recibieron bonificación luego de una mejora, los jefes y líderes manejan el mecanismo P4P implementado, consideración de las reglas de cumplimiento de los puntajes). Esto permitió identificar dos lógicas de comportamiento detrás del mecanismo de incentivo que puede tener el mecanismo de pago.(94)

Un estudio cuasi experimental natural con 29 centros comunitarios de salud mental de tratamiento en Seattle-Tacoma, USA, evaluó el efecto en mejoras específicas del tratamiento de la depresión, antes (1673 pacientes) y después (6304 pacientes) de introducir un mecanismo de incentivo P4P entre 2008 y 2010.(95) Las mejoras implicaban el cumplimiento de varios indicadores de calidad, incluido 2 o más contactos mensuales durante al menos la mitad del número de casos activos, consulta psiquiátrica para pacientes que no mostraban mejoría clínica y seguimiento regular de los medicamentos psicotrópicos

utilizados. Los centros participantes recibieron retroalimentación en línea y capacitación regular. Es decir, el foco de incentivo era multicomponente. Los resultados mostraron que después de la implementación del P4P las personas tenían más probabilidades de tener un seguimiento oportuno de la depresión, así como un menor tiempo de recuperación (RR 1,73, IC: 1,39;2,14,  $p<0,05$ ).

Un ensayo aleatorizado por conglomerados en 34 centros comunitarios de tratamiento del abuso de drogas en USA evaluó el efecto en mejores competencias de los terapeutas, mejor acceso a controles y mejora significativa de adolescentes ingresados a tratamiento, a partir de la introducción de un mecanismo P4P.(96) El estudio mostró que después de la introducción del P4P, los terapeutas tenían más probabilidad de demostrar mejores competencias para tratar mediante el modelo de atención indicado (24,0% frente a 8,9%; índice de tasa de eventos, 2,24; IC: 1,12;4,48;  $p=0,02$ ). Los pacientes tuvieron una probabilidad significativamente mayor de recibir los controles establecidos (17,3% frente a 2,5%; razón de posibilidades 5,19, IC:1,53;17,62,  $p=0,01$ ). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre las condiciones con respecto al estado de remisión de los adolescentes al final del tratamiento.

Un estudio longitudinal entre 2009 y 2014 evaluó el efecto de la introducción del P4P en Ontario (Canadá) que implementó incentivos para fomentar el acceso a la atención psiquiátrica comunitaria antes de los 30 días a las personas egresadas de los hospitales psiquiátricos y atención durante 6 meses luego de un intento de suicidio (1.921 psiquiatras con seguimiento durante 60 meses, 304.574 personas dadas de alta tras un ingreso en un hospital psiquiátrico, 78.375 personas con un intento de suicidio previo).(97) La meta de salud pública era reducir el riesgo de deterioro, la rehospitalización temprana y nuevos intentos de suicidio. Los autores concluyeron que la implementación de este mecanismo como incentivo no se asoció con un mayor acceso a visita psiquiátrica en la comunidad después de un egreso de hospital psiquiátrico (cambio medio en las visitas por mes por psiquiatra 0,0099, IC: -0,0989;0,1206,  $p<0,05$ ; cambio de tendencia 0,0032; IC: -0,0035;0,0095,  $p<0,05$ ). Tampoco se asoció con aumento de visita psiquiátrica en la comunidad después de un intento de suicidio (cambio medio de -0,0910; IC: -0,1885;0,0026,  $p<0,05$ ; cambio de tendencia: 0,0102; IC del 95%: 0,0045 a 0,0159  $p<0,05$ ). Tampoco hubo cambios

en la probabilidad de que los pacientes recibieran atención de seguimiento después del alta hospitalaria (cambio medio de  $-0,0079$ ; IC:  $-0,0223;0,0061$ ,  $p<0,05$ ; cambio en la tendencia  $0,0007$ ; IC:  $-0,0003;0,0016$ ,  $p<0,05$ ) o después de un intento de suicidio (cambio medio de  $0,0074$ , IC:  $-0,0094;0,0366$ ,  $p<0,05$ ; cambio de tendencia  $0,0006$ , IC:  $-0,0007;0,0022$ ,  $p<0,05$ ). Los autores sugirieron que no debe abandonarse este mecanismo de pago como herramienta útil, pero que una mayor investigación que utilice métodos mixtos podría explorar cómo comprender mejor este tipo de resultados sobre la conducta de proveedores de salud mental en la comunidad.

En tanto otro estudio longitudinal canadiense, evaluó el efecto de los incentivos del P4P en metas en la provincia de British Columbia. Se midieron las metas de incremento en el acceso a una atención de mejor calidad sobre cohortes mensuales diagnosticadas con depresión mayor, entre 2005 y 2012, comparando los cambios antes y después de la introducción de los incentivos P4P.(98) Los resultados muestran que cinco años después de la introducción de los incentivos, los incrementos porcentuales fueron muy modestos. Las personas que al menos accedieron a una sesión de consejería psicoterapéutica incrementaron en  $3,28\%$  (IC:  $2,05;4,52$ ,  $p<0,05$ ), en tanto que quienes accedieron a psicoterapia mínimamente adecuada definida por cuatro sesiones o más disminuyó en  $2,24\%$  (IC:  $-4,04;-0,45$ ,  $p<0,05$ ) . Las personas que accedieron al menos a una prescripción de antidepresivo disminuyó en un  $4,47\%$  (IC:  $-6,06;-2,87$ ,  $p<0,05$ ), en tanto que quienes accedieron a tratamiento con medicamento antidepresivo mínimamente adecuado definido como 84 o más días de tratamiento incrementó en un  $1,77\%$  (IC:  $0,94-2,59$ ,  $p<0,05$ ). También observaron que las tendencias a la baja en la continuidad de la atención de salud mental en atención primaria anteriores al P4P al menos se interrumpieron, con un crecimiento neto de  $4,37\%$  (IC:  $2,64;6,09$ ,  $p<0,05$ ).

Un estudio retrospectivo usando datos de registro administrativo habitual en Gran Bretaña evaluó si los incentivos conducían a reducciones en los ingresos hospitalarios de las personas con enfermedades mentales graves.(99) Usando datos de 8.234 consultas de médicos de atención primaria, las metas evaluadas fueron el porcentaje de personas con un plan de cuidados documentado acordado con el paciente, porcentaje de personas con esquizofrenia, trastorno

bipolar y otras psicosis con controles de prevención de la salud física, y dos indicadores de control del riesgo en la prescripción de litio, que se asociaron a un P4P. Los resultados mostraron una relación positiva entre cumplimiento de los controles de salud física y los asociados al litio, con aumento de ingresos a hospitalización psiquiátrica, lo que fue contrario a las expectativas del estudio. En tanto, contar con un plan integral de cuidados concordado, no presentó una asociación significativa con las admisiones hospitalarias (1,8%; IC: 0,941;1,100,  $p < 0,05$ ). Los autores concluyeron que como cualquier P4P se puede tener un enfoque estrecho de áreas incentivadas a expensas de actividades no incentivadas. Señalan que se requiere estudiar otras prioridades que podrían incentivarse mediante el P4P para reducir las hospitalizaciones psiquiátricas, identificar los tipos de atención secundaria cuya utilización puede verse más afectada por los otros niveles de atención, y muy fundamentalmente comprender mejor las necesidades insatisfechas de las personas con trastorno mental grave.

El mecanismo pago por caso se ha estudiado en salud mental, principalmente derivado de la introducción del pago a tipos de agrupación de casos clasificados por ciertas condiciones comunes (case-mix) en hospitales, uno de los más estudiados es el de grupos asociados al diagnóstico o GRD (Diagnosis-related group, DRG). Estos sistemas de clasificación de case-mix para salud mental en entornos comunitarios han recibido poca atención. El problema de los pagos por caso es asegurar que los costos de la atención son cubiertos por el precio del case -mix. Un antiguo estudio en USA basado en 837 pacientes ambulatorios (unidad dependiente de un hospital psiquiátrico afiliado a una universidad pública) aplicó el sistema de clasificación de GRD para diagnósticos psiquiátricos usados en la hospitalización, obteniendo 8 tipos de grupos relacionados, pero que no se asociaron con los costos de la mayor parte de la atención ambulatoria medida indirectamente como número de sesiones individuales utilizadas. Además, se incorporaron variables como origen de la derivación, gravedad de la presentación al ingreso, presencia de diagnósticos secundarios, tratamientos de salud mental previos y edad, pero ninguno explicó de forma significativa la varianza del uso de frecuencia de sesiones.(100)

Una revisión sistemática reciente sobre el alcance del uso de sistemas case-mix en servicios de salud mental ambulatorios o diurnos, seleccionó 17 artículos que



identificaron 32 modelos de clasificación de casos de acuerdo con el case-mix construido.(101) Los modelos de clasificación de casos fueron difíciles de comparar debido a la variación en los factores o medidas consideradas en la unidad de pago, la mayoría se centraron en la atención ambulatoria de población adulta. Los autores señalaron que las medidas de entrada de la clasificación de casos se agruparon en datos demográficos, diagnóstico, condición clínica y tratamiento. Pero observaron que detrás de esas agrupaciones se observa una variedad de uso de variables de necesidades de los pacientes, características individuales, procesos de atención, antecedentes históricos, y distintas medidas indirectas de uso de recursos para estimar el costo de la atención. Los autores sugieren que la investigación futura debe considerar las variables que impulsan directamente el uso de recursos, como el estado funcional o la gravedad de la enfermedad mental, debe considerar adecuadamente el contexto clínico comunitario y de forma más completa variables de necesidades de los pacientes, características individuales, procesos de atención, antecedentes históricos (como antecedentes de abuso y violencia). La atención en el entorno comunitario puede considerar la condición crónica de algunos trastornos mentales y la provisión intermitente de servicios comunitarios, lo que difiere del uso continuo de servicios en un episodio de hospitalización.(101) Estas condiciones deben ser consideradas en un marco conceptual que facilite la interpretación de los resultados.

La teoría económica de la salud ha planteado que la realidad de los servicios de salud mental tiene una mayor dificultad para ser abordado, comparado con otras áreas de la salud: la incertidumbre y la variación en los tratamientos son mayores (mayor asimetría de la información); el supuesto del comportamiento egoísta del paciente es dudoso (riesgo moral); la respuesta a incentivos financieros puede verse exacerbada (alto riesgo de agencia imperfecta); las consecuencias sociales y los costos externos de la enfermedad son más complejos(53)(77). La investigación sobre servicios de salud mental enfrenta ambigüedad y vaguedad en cuanto a la terminología de los servicios, lo que afecta negativamente la comparabilidad entre proveedores (102)(103). Los esquemas de pago inteligente se complican cuando los tratamientos son heterogéneos, desconocidos o marginales (104).

Se requiere más investigación sobre los efectos de los mecanismos de pago(90), no existe seguridad acerca de los efectos beneficiosos y perjudiciales de los mecanismos de pago en la conducta de los prestadores a favor de la atención comunitaria de salud mental(87). Las reformas a los sistemas de pago no deben crear incentivos para que los prestadores compitan por las personas sin enfermedad mental, lo que socavaría años de esfuerzo para ampliar la cobertura y el acceso a los beneficios de salud mental.(105) Pero también se trata de velar porque la calidad del servicio se oriente hacia la recuperación integral, respetando los derechos humanos de las personas con trastorno mental. Un modelo teórico apropiado para interpretar los incentivos al modelo de salud mental comunitaria es requerido.

El mecanismo de pago es una intervención de nivel de sistema, que puede alinear los objetivos del modelo de salud mental comunitaria con la conducta de los prestadores de salud mental, pero que hay que descifrar cómo opera conceptualmente el mecanismo de pago en el subsistema de salud mental y cuáles son las características del mecanismo que debe ser usado, ampliando las perspectivas de análisis considerando visiones de usuarios y prestadores.

## **EL ESCENARIO DEL ESTUDIO: SUBSISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE.**

Chile es un país del sur de la región de las Américas, con una población de 18.952.035 habitantes (año 2019). Se estima un PIB de 279.385 mil millones de dólares, con un PIB per cápita de 23.325 dólares, una esperanza de vida de 80,2 años, un 8,6% de la población bajo la línea de la pobreza, y un índice de Gini de 0,44, y un salario mínimo de U\$441.(106) En 2010 ingresó a la OCDE, siendo el país económicamente más desigual de la OCDE, y actualmente el Banco Mundial lo clasifica como país de ingreso alto.

La década de los años sesenta se distingue como el inicio de la salud mental comunitaria chilena, en el marco del desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la medicina social en el país. En un análisis historiográfico, Mariana Labarca (2008) muestra cómo había una contradicción entre el esfuerzo realizado por el país invirtiendo en hospitales psiquiátricos monovalentes y el

informe de la primera Sección de Salud Mental (1960) en el entonces SNS, que señalaba que las enfermedades mentales estaban en estado de abandono, representaban la segunda causa de hospitalización del SNS después de la tuberculosis, los egresos eran mínimos y no había rehabilitación social. En este escenario, Labarca describe la psiquiatría intracomunitaria de Juan Marconi como un hito, con el inicio en 1968 del proyecto para tratar el alcoholismo en una zona sur de Santiago de Chile. Aunque nacían algunos programas de salud mental comunitaria, la historiadora concluye que en la práctica la psiquiatría chilena continuó centrada en el tratamiento de enfermos crónicos hospitalizados, privilegiando investigaciones científicas sobre los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, la salud mental estaba presente en la discusión pública como uno de los factores determinantes del desarrollo de la sociedad chilena, habiéndose incorporado el abordaje del alcoholismo como una de las medidas del programa de gobierno del presidente Salvador Allende.(107)

El desarrollo que se venía observando para la salud mental comunitaria fue trágicamente interrumpido con la dictadura militar en 1973. La dictadura de Pinochet liberalizó la economía y reorganizó el estado bajo la idea de introducir eficiencia, llegando a reducir el gasto público chileno al 23,4 % del PIB, muy por debajo de todos los países de la región de las Américas incluyendo USA.(108) Las reformas neoliberales también afectaron profundamente al sistema de salud, se terminó el SNS, el sistema se reorganizó administrativamente en servicios de salud descentralizados, se municipalizó la atención primaria de salud, se crearon administradoras privadas de los fondos de salud y se fortaleció el desarrollo de la actividad privada en la atención de salud. Los hospitales psiquiátricos monovalentes permanecieron.

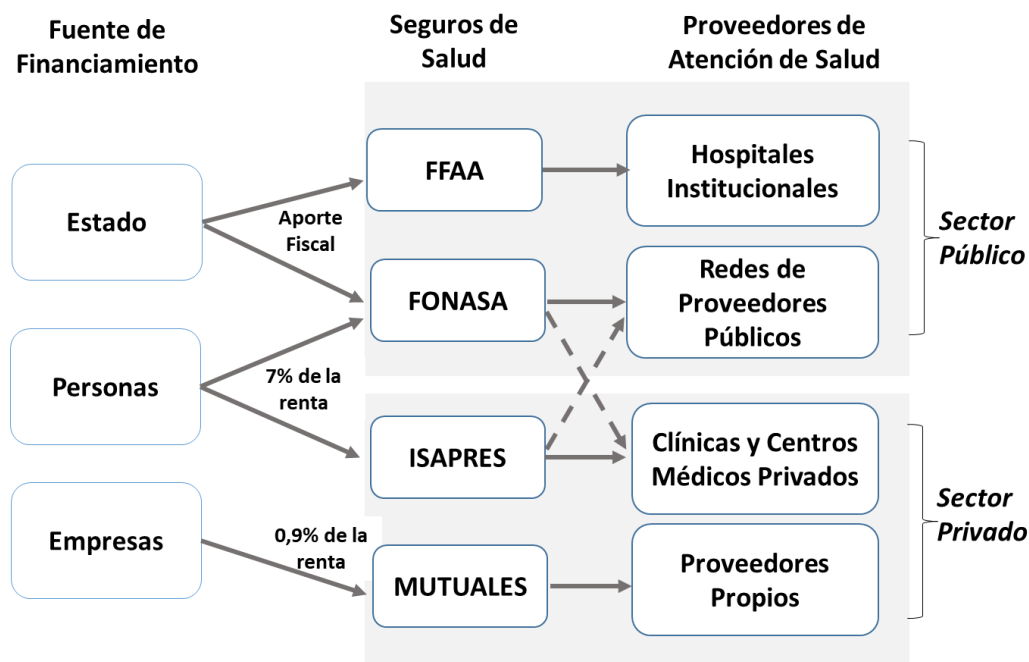
Para el término de la dictadura, en el año 1990, la oferta de atención pública de salud mental a nivel nacional se concentraba en 3120 camas en hospitales psiquiátricos y 239 camas de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. No existía ninguna oferta pública de servicios ambulatorios de salud mental en la comunidad, en la atención primaria no existían prestaciones de psicología, no existían los hospitales de día, tampoco alternativas de vivienda protegida, ni se habían desarrollado programas de rehabilitación psicosocial.(109)

A partir del año 1990, con el retorno a la democracia, se vuelve a plantear la necesidad de transitar desde una visión biomédica hegemónica que relevaba la figura de los hospitales psiquiátricos hacia un modelo de salud mental comunitario. El sentido de esta decisión, plasmada en los tres planes nacionales de salud mental elaborados a la fecha (1993, 2000 y 2017) y respaldada por las recomendaciones de la OPS/OMS, ha respondido a la necesidad de desinstitucionalizar la atención en salud mental y, de esta forma, aumentar la cobertura, reducir las brechas en tratamiento, disminuir las inequidades en acceso a la atención y aumentar la protección de las personas con trastornos mentales, entre otros beneficios.

Algunas evaluaciones del sistema de atención de salud mental en Chile han destacado el crecimiento en la oferta de servicios y cobertura (110). También hay evidencia del éxito de las políticas para el desarrollo coherente de los proveedores de atención de la salud mental, disminuyendo las camas en los hospitales psiquiátricos y creciendo en los hospitales generales, aunque no es tan claro el impacto en el desarrollo de atención ambulatoria especializada en la comunidad (111).

El Sistema de Salud chileno actual considera fuentes pública y privada en su financiamiento (impuestos generales y cotizaciones individuales). Los fondos son administrados por un seguro público (FONASA) con el 78% de la población afiliada y múltiples aseguradoras privadas para el 14,4% de la población afiliada (112). Existen proveedores de atención públicos y privados. Este atributo ha contribuido significativamente a generar y mantener profundas inequidades al concentrar en el seguro público (FONASA) al segmento de menores ingresos y mayores necesidades de salud de la población, y en los seguros privados (ISAPRE) al grupo más rico y saludable, aunque en este último se advierte una discriminación contra la cobertura de atención de las personas con enfermedad mental grave.(113)

Figura 5. Esquema del financiamiento al sistema de salud de Chile.



Fuente: Adaptado de Superintendencia de Salud de Chile, 2022

El subsistema de salud mental chileno, en tanto sistema complejo puede ser caracterizado a través de sus elementos constitutivos. A continuación, se describen algunas de las características relevantes de esos elementos como la financiación, la gobernanza y la organización de los prestadores de atención.

Respecto de la financiación se estima que la proporción del gasto público en salud mental en Chile llega al 2%, muy por debajo de la mediana de la región de las Américas. La proporción de la carga de enfermedad total atribuible a salud mental es 9.6 veces la proporción de los fondos de salud asignados a la salud mental, ubicando a Chile entre los diez países con mayor desequilibrio entre carga de salud mental y gasto público en la región (49).

Persistirían importantes desafíos en la gobernanza del subsistema de salud mental, como la brecha de cumplimiento de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad a través de cuerpos legales, el fortalecimiento de las comisiones de protección de los derechos de las personas

con discapacidad mental, la continuación del proceso de desinstitucionalización con el cierre de los hospitales psiquiátricos, y el fortalecimiento de la vinculación entre usuarios y servicios.(114)

La política pública ha definido que los servicios públicos de atención en salud mental se organizan en una “Red Temática de Salud Mental”(115)(116). Esta organización es definida como *‘un sistema de vínculos e interacción de relaciones horizontales entre los nodos y puntos de atención que la componen, permitiendo a través de su organización y disposición de recursos, la integralidad y la continuidad de la atención y los cuidados’*.(116)(pág.84)

La misión de esta organización es declarada como *‘La red temática de salud mental, como parte de la red general del sistema de salud, promueve el máximo bienestar y calidad de vida de toda la población, dando respuesta de forma eficiente y eficaz a los problemas y las enfermedades mentales de su población beneficiaria, en la medida que asegura el acceso oportuno y la continuidad de cuidados en la red, desde un enfoque que promueve y favorece el ejercicio de derechos y la inclusión sociocomunitaria de las personas’*.(116)(pág.84).

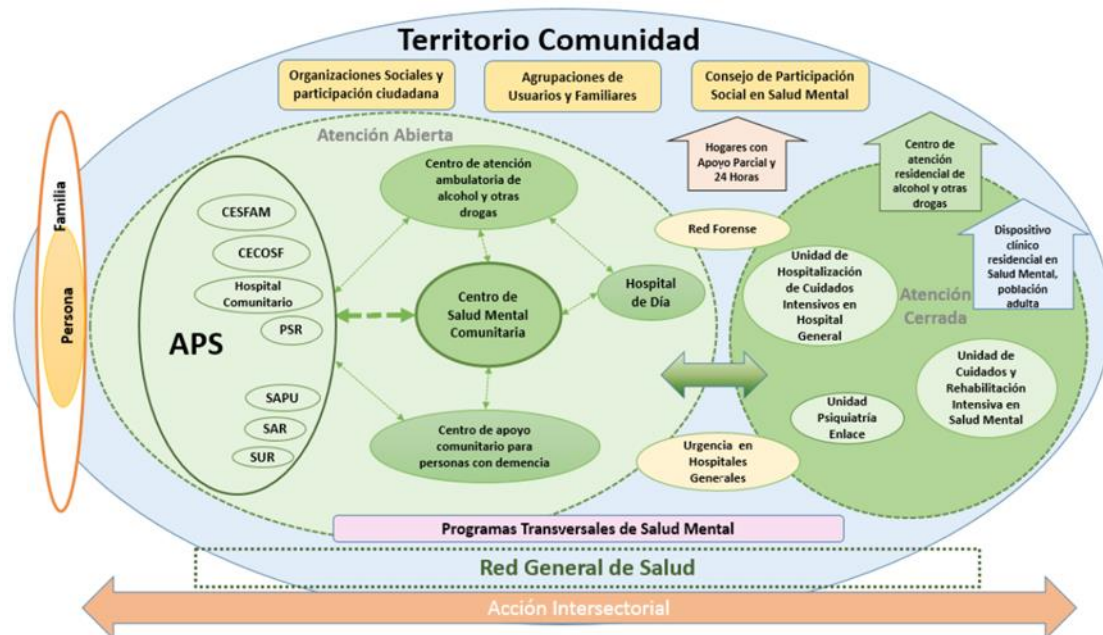
La política declarada señala que los principios de la red temática de salud mental son, en síntesis: centrada en las personas como sujetos de derechos; salud como derecho universal; autonomía de la persona; integralidad de la atención; equidad, justicia e inclusión sociocomunitaria; diversidad y pertinencia cultural; comunidad integrada en los procesos de gestión de salud; atención basada en estándares de calidad (Tabla 1).

<b>Tabla 1. Principales transformaciones en los modelos de atención de salud mental.</b>	
<b><i>Modelo de atención asilar</i></b>	<b><i>Modelo de salud mental comunitaria</i></b>
Paciente	Persona agente de su proceso de recuperación
Atención centrada en el síntoma y diagnóstico	Atención centrada en la persona, familia y comunidad
Atención descontextualizada	Atención en el territorio de la persona
Atención no programada	Atención programada en el marco de un plan integral
Atención principalmente individual	Atención individual, familiar y grupal
Atención intrabox	Atención en el domicilio y en la comunidad
Atención principalmente curativa	Atención curativa, preventiva y promocial.

Atención centrada en la hospitalización o atención cerrada	Atención preferentemente ambulatoria
Atención de crisis de salud mental solo en servicios de urgencia de hospitales psiquiátricos monovalentes	Intervenciones anticipatorias, pesquisa precoz, en los distintos nodos y puntos de atención de la Red y la comunidad
Gobernanza centrada en el hospital y el saber especializado	Sistema de Gobernanza centrado en la participación social.
Fuente: adaptado de Ministerio de Salud. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Chile: Res.Ex. 296 de 06.03.2018; 2018. 381 p (página 90)	

La red temática asume una organización por niveles de atención inserta en el sistema de salud (Figura 5). De acuerdo con el Ministerio de Salud, al 2020 estaba compuesta por más de 600 centros de atención primaria con programas de atención de salud mental a lo largo del país. También por más de 300 servicios de atención ambulatoria especializada de diverso tipo, en donde destacan 102 Centros de Salud Mental Comunitaria documentados. También estaba compuesta por unidades de hospitalización psiquiátrica en 57 hospitales generales del país. Se estiman en 207 hogares y residencias protegidas para personas con discapacidad mental. Mayor detalle en la Tabla 2.

Figura 6: Diagrama de la Red Temática de Salud Mental en Chile.



Fuente: Ministerio de Salud. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Chile: Res.Ex. 296 de 06.03.2018; 2018. 381 p (página 87)

Tabla 2. Instalaciones con atención de salud mental con financiamiento público en Chile, junio 2020		
Nivel de atención	Tipo de instalación	N°
Atención primaria	Consultorio General Urbano (CGU)	395
	Consultorio General Rural (CGR)	212
Atención ambulatoria especializada en salud mental	Centro de Salud Mental Comunitaria	102
	Equipos Ambulatorios de Salud Mental de Especialidad en Hospitales. (CRC-CAE-CDT)	59
	Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	10
	Centros de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas	77
	Hospital de Día para población Infanto-Adolescente y para Adultos	60
Hospitalización especializada en salud mental	Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) para población Infanto-Adolescente y para Adultos en Hospitales Generales	57
	Unidades de Psiquiatría de Enlace en Hospitales Generales	20
	Unidades de Mediana Estadía	3
	Unidades de Larga Estadía en Hospitales Psiquiátricos	3
Apoyo residencial especializado	Centros de Tratamiento Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas	80
	Hogares Protegidos.	135
	Residencias Protegidas	72
SubRed de Psiquiatría Forense.	Unidades insertas en instituciones carcelarias	8
Fuentes: elaboración propia a partir de a) Ministerio de Salud. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Chile: Res.Ex. 296 de 06.03.2018; 2018. 381 p; b) Cifras junio 2020 reportadas por Unidad de Salud Mental de la División de Gestión de la Red Asistencial DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.		

Según datos del departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud (DEIS), las atenciones de salud mental realizadas en el sistema público han aumentado en un 20,8% entre el 2014 y el 2019, con un total de 4.490.487 en 2019 y siendo mujeres las que más se atienden en la red en torno al 62%.(117) En cuanto al nivel de cobertura (porcentaje de personas con un trastorno mental diagnosticado que están siendo atendidas), este alcanzaría el 34% a nivel nacional.(116)

Algunas evaluaciones sobre el sistema de atención de salud mental en Chile destacan el crecimiento en la oferta de servicios y la cobertura(118). A pesar de



ello también se manifiesta que el sistema de salud no está otorgando las condiciones para el desarrollo de actividades comunitarias, ni un rol activo de las personas usuarias, familias y la comunidad, dado que los incentivos responden a las personas en crisis con agudización de su enfermedad mental, no respondiendo a las necesidades de atención de una población con un perfil de enfermedad de larga data, la cual requiere otra organización de la atención, incorporando perspectivas como los determinantes sociales, la interculturalidad, las diferencias de género, o la situación de migración.(116)

Los mecanismos de pago son elementos con gran potencial de influir en cerrar la distancia que todavía existe entre lo implementado y el ideal diseñado, al permitir la asignación de recursos según las prioridades definidas en el modelo comunitario, y se plantea la urgencia de desarrollar investigación científica en la línea de financiación de la salud mental tendiente a ajustar y optimizar la forma en que se gestionan los recursos en la red para el cumplimiento de los objetivos.(119)

Para la década del 90, el principal mecanismo de pago del sector público de salud en Chile eran los presupuestos globales prospectivos basados en el gasto del año anterior sin validación de la actividad productiva, ajustados de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria nacional declarada por ley.

El FONASA define que sus afiliados tienen cobertura de atención preferente en el sistema de prestadores públicos de atención en salud (Modalidad de Atención Institucional, MAI), pero también tiene cobertura de atención para algunas prestaciones en prestadores privados (Modalidad de Libre Elección, MLE). En la modalidad MAI las prestaciones médicas *son entregadas por los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, sean dependientes del Ministerio de Salud o entidades públicas o privadas con las cuales los Servicios de Salud o Fonasa tengan convenio vigente.*(120)

Se estima que entre 1995 y 2003 el gasto para la MAI había aumentado en un 52,6%, en tanto que la MLE un 131,8%. Dentro del gasto de la MAI, el gasto para atención primaria había aumentado de un 7,3% en 1995 hacia un 11,8% en 2003. En tanto para la atención secundaria y terciaria, aunque aumentó el gasto bruto,

la proporción relativa del total disminuyó de un 53,3% en 1995 a un 49,4% en 2003.(121)

A fines de los 90 el FONASA introdujo mecanismos de transferencias al sistema de atención público que pretendieron vincular los recursos con la productividad del sector. Se introdujo el Programa Adulto Mayor (PAM), el Programa Oportunidad de la Atención (POA) para resolver un grupo de cirugías en lista de espera, el programa de Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD), y el Programa Prestaciones Complejas que se hacía cargo de un grupo de enfermedades catastróficas. En ese período se incorporó una primera canasta PAD para Depresión. Estos mecanismos tenían en común que pagaban un paquete o canasta de prestaciones vinculada a una condición de salud, definido prospectivamente.

Sin embargo, para 2003 se estimaba que el porcentaje del gasto asignado a estos programas con incentivos estratégicos alcanzaba apenas un 3.91% del gasto.(121)

En la primera década del 2000, el FONASA introdujo nuevos mecanismos de transferencia prospectivos asociados a la actividad productiva, con el propósito de avanzar estratégicamente en la función de compra introduciendo incentivos para una mayor eficiencia del sistema de atención. Se incorporó el mecanismo *per cápita* para centros de atención primaria junto con programas especiales para centros de atención primaria asociados a un diagnóstico o una condición de salud. Para la atención secundaria y terciaria, se introdujo el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), que asoció el pago a la resolución de una condición o de un diagnóstico a través de un paquete de prestaciones definido. Este hecho fue muy relevante en salud mental, pues la actividad de salud mental fue identificada y pagada mediante este mecanismo de pago a partir de ese momento.

Una proporción importante del presupuesto global histórico se organizó como el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), que en la práctica se mantuvo como presupuesto global pero que buscaba vincular con la actividad hospitalaria a través la incorporación del registro de prestaciones del catálogo MAI en el

sistema de reporte estadístico mensual del Ministerio de Salud (REM), específicamente en el REM-0 de facturación.

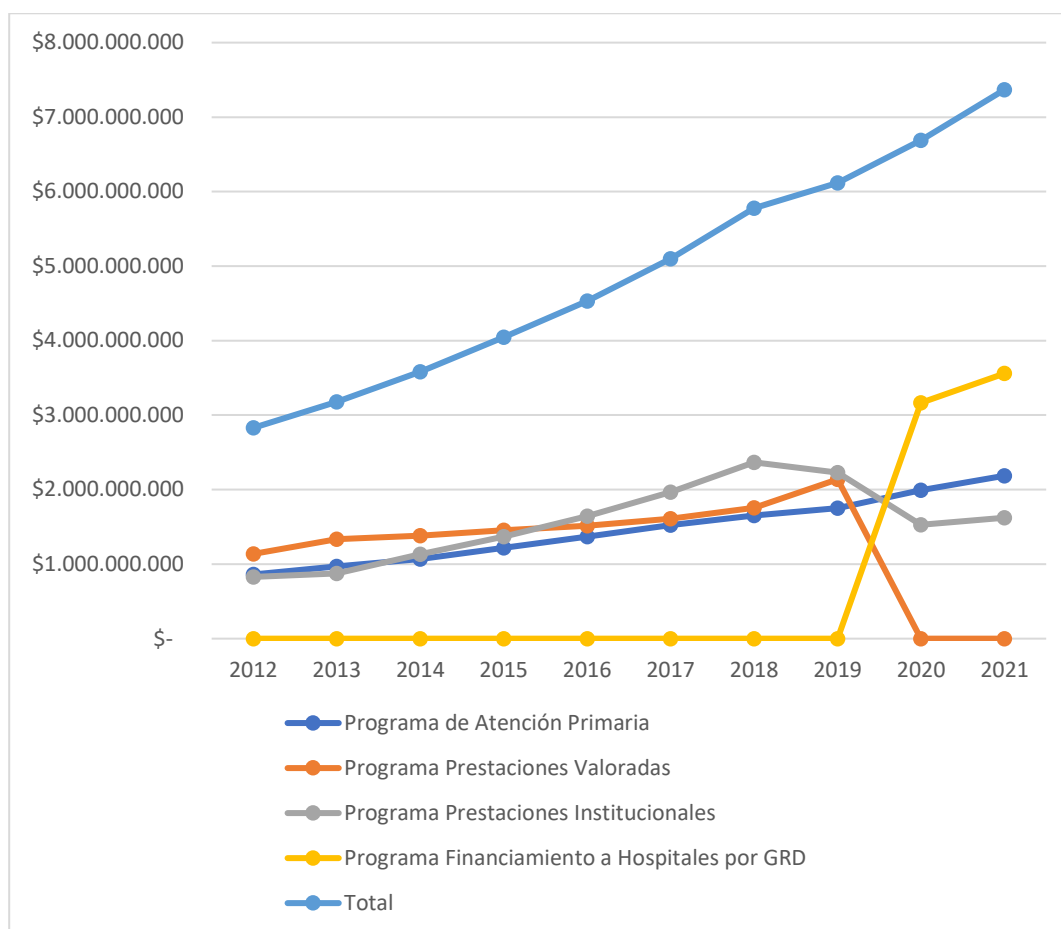
Con la promulgación de la Ley 19.966 sobre Régimen de Garantías en Salud en 2004, se creó el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas. Los mecanismos de transferencia de este plan se anidaron en los Programas de Prestaciones Valoradas y en los Programas especiales de atención primaria, marcando la canasta de prestaciones como GES agregando en esta oportunidad la identificación de cada beneficiario en el sistema de facturación de los establecimientos de salud.

Para 2019, la distribución porcentual de los principales mecanismos de pago era de un 29% para los programas de atención primaria (per cápita y especiales), 35% para el Programa de Prestaciones valoradas y un 36% para el Programa de Prestaciones Institucionales.(122)

La más reciente introducción de un nuevo mecanismo de pago se produjo en 2020 en plena respuesta a la pandemia Covid-19, a través del pago por grupos relacionados al diagnóstico, GRD, a la actividad hospitalaria. Si bien el sistema de clasificación del case-mix se comenzó a implementar en 2010, con ensayos piloto y uso para compras al sector privado, diez años después se concretó la puesta en marcha como mecanismos de pago a nivel nacional para los hospitales públicos. Junto con esto se eliminó el mecanismo de Prestaciones Valoradas y se redujo el presupuesto para las Prestaciones Institucionales. (Gráfico 2).

En el caso de la salud mental, en 2019 el 42% del presupuesto era transferido a los prestadores bajo el mecanismo de Prestaciones Valoradas y una parte de las transferencias no era para hospitales, sino que para prestadores de servicios de salud mental comunitarios.

Gráfico 1. Presupuesto del FONASA según Mecanismo de Transferencia 2012-2021



Fuente: Elaboración propia en base a Ley de Presupuestos, Partida 16, años 2012 al 2021. <https://www.hacienda.cl/>  
 Cifras expresadas en miles de pesos chilenos M\$.

Los programas de salud mental han incrementado su presupuesto producto de otras partidas e ingresos, incluso provenientes de otros sectores distinto a salud (Tabla 3). Esos programas se orientan fundamentalmente al desarrollo de servicios ambulatorios en la comunidad y los mecanismos de transferencia a los prestadores son variados. En las definiciones de esos mecanismos no se ha declarado la lógica de incentivos esperada para salud mental ni se encontraron estudios o documentos gubernamentales que analizaran sus efectos esperados u observados para el desarrollo del modelo de salud mental comunitaria.

Tabla 3. Presupuesto asignado a prestadores de salud mental según origen sectorial de los fondos y mecanismo de transferencia, 2019.			
Ministerio	Nombre mecanismo	Monto \$ en 2019	Distribución porcentual
Ministerio de Salud	Prestaciones Valoradas (PPV) especialidad GES	13.180.651.000	9,1%
Ministerio de Salud	Prestaciones Valoradas (PPV) especialidad no GES	46.806.383.000	32,4%
Ministerio de Salud	Programas de salud mental en Atención Primaria de Salud	20.212.170.257	14,0%
Ministerio de Salud	Ley de alcoholes N° 19.925 global prospectivo	2.262.896.000	1,6%
Ministerio de Salud	Fondo centros de alcoholismo	181.058.000	0,1%
Ministerio de Salud	Fondo centros de demencia global prospectivo	3.212.145.000	2,2%
Ministerio de Salud	Plan Nacional de Demencia asociado a desempeño	1.950.933.000	1,4%
Ministerio de Salud	Programa Nacional de Prevención del Suicidio asociado a desempeño	177.533.000	0,1%
Ministerio del Interior	Fondo PPV SENDA para centros públicos y privados de tratamiento de drogas y alcohol	43.363.614.000	30,0%
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil – Chile Crece Contigo asociado a desempeño	2.051.394.000	1,4%
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental asociado a desempeño	283.223.000	0,2%
Ministerio de Educación	Programa Habilidades para la vida I y II asociado a desempeño	10.779.903.000	7,5%
Fuente: Elaboración propia en base a documento de trabajo 2020, de Departamento de Salud Mental MINSAL.			

Con la introducción del mecanismo de pago por casos y la eliminación del pago por paquetes asociados a una condición o un diagnóstico de salud mental, se observa que los mecanismos de pago a prestadores de salud mental hospitalarios y centros de atención primaria, profundizarán el pago por grupos GRD y per cápita, respectivamente. Sin embargo, no hay claridad de cómo los mecanismos de pago se vincularán a la actividad de los prestadores de salud mental comunitarios de nivel secundario, aunque es este el nivel clave en el proceso de desinstitucionalización declarado en la transformación hacia el modelo de salud mental comunitaria.

Al mismo tiempo que la eliminación del mecanismo PPV, el FONASA actualizó su catálogo de prestaciones del MAI, en donde se advierte el traspaso de

paquetes o canastas de salud mental que antes conformaban el Programa de Prestaciones Valoradas mezclándose con prestaciones aisladas, en las que además existen prestaciones duplicadas pero con distinto arancel lo que resulta poco comprensible, por ejemplo, en las prestaciones “Consulta Médica de Especialidad en Psiquiatría adultos” (código 0101212, arancel de facturación \$8.670) y “Consulta de psiquiatría” (código 090300, arancel de facturación \$8.430). El nuevo catálogo MAI describe 45 prestaciones con lógicas de pago distintas, cuya lógica global de incentivo es difícil de comprender. Tampoco es posible conocer si el catálogo MAI determinará los mecanismos de transferencia hacia los prestadores de salud mental comunitaria.

Durante el período de vigencia el programa Prestaciones Valoradas permitió identificar los paquetes o canastas de prestaciones de salud mental en la comunidad que eran financiadas y conocer su incremento de recursos, aunque existen críticas acerca de que dicho mecanismo no aseguraba necesariamente el incentivo hacia el modelo de salud mental comunitaria. Un estudio comparó la ejecución de cuatro canastas intrahospitalarias y cuatro canastas extrahospitalarias del Programa de Prestaciones Valoradas de salud mental entre 2014-2018, basados en reportes del FONASA.(123) El autor observó que las canastas intrahospitalarias día-cama hospitalización integral psiquiatría crónicos, mediana estadía, corta estadía y electroshock implicó un aumento del gasto público del 36,5% en el período, en tanto que el gasto público para las canastas extrahospitalarias hogar protegido, hospital de día, programas de rehabilitación tipo I y II se incrementó en un 42,5% en el período, advirtiendo que más allá de los porcentajes de variación el volumen de recursos considerados en el gasto público expresó una tendencia hacia lo intrahospitalario asilar. Esta publicación asume la información como gasto efectivo, sin embargo, la data aporta la información de la producción facturada por los prestadores que no necesariamente implica pagos efectivos, por lo que las conclusiones del autor deben ser consideradas con precaución. Sin embargo, es un ejercicio interesante para explorar la variación según el tipo de actividades productivas de acuerdo con el mecanismo de pago declarado, y que puede tenerse en consideración para nuevos análisis sobre el avance del modelo de salud mental comunitario a través de la actividad de los proveedores.

El Fonasa ha declarado que su plan de salud considera como elemento central la promoción de la salud mental, así como la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales (Tabla 4). De acuerdo con la orientación, esto implica incentivar las acciones de los proveedores de atención primaria y secundaria en la comunidad(120). Sin embargo, no hay claridad que los mecanismos de transferencia logren estar alineados con ese propósito, aunque para los prestadores de atención primaria se espera que los mecanismos per cápita y pagos por desempeño o asociados a una condición de salud mental teóricamente lo lograrían. No es el caso de la atención secundaria en la comunidad.

Tabla 4: Definición del FONASA sobre cobertura para salud mental.
<p><i>Fonasa busca mejorar la calidad de vida de sus afiliados(as). En este sentido, la salud mental es muy importante y el seguro público ayuda a financiar atenciones médicas programas de salud mental.</i></p> <p><i>La salud mental hace referencia al estado de bienestar general en la persona, y es fundamental para la capacidad de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, trabajar o simplemente disfrutar la vida.</i></p> <p><i>El Programa Chileno de Salud Mental y Psiquiatría establece las actividades y procedimientos para realizar en los distintos establecimientos de Salud Pública del país para la promoción de salud mental y la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.</i></p> <p><i>Sus objetivos son:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población.</i></li> <li>• <i>Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles.</i></li> <li>• <i>Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones sustentadas en evidencia.</i></li> <li>• <i>Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución, y la de sus familiares y/o cuidador.</i></li> </ul>
<p>Fuente: FONASA 2021 <a href="https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/plan-salud#salud-mental">https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/plan-salud#salud-mental</a></p>

El Centro de Salud Mental Comunitaria (nivel secundario en el nuevo modelo), es un articulador central en la organización de los prestadores de salud mental, dado el nivel de interacciones que desarrolla con todo el resto de los servicios y también con otros sectores en la ya mencionada red temática de salud mental

(Figura 5). Se caracteriza por ser el '*núcleo descentralizado de la atención especializada, más cercano a la gente, integrado con las organizaciones locales y redes comunitarias con mayor conocimiento de la realidad local y con la flexibilidad para adaptarse a estas realidades*'.(124)

Sin embargo, se plantea que entre los problemas que afectan un desempeño concordante de la red temática de salud mental con el modelo de salud mental comunitaria está el incentivo por una sobrevalorización del financiamiento de acciones individuales intrabox en el caso de los Centros de Salud Mental Comunitaria.(124)

Este tipo de prestadores se constituye en una unidad de análisis interesante para estudiar las relaciones entre los mecanismos de pago y los incentivos al modelo de salud mental comunitaria por varias razones. Sólo atienden problemas de salud mental lo que permite aislar de eventuales incentivos al prestador asociados a una amplia gama de problemas de salud, pero al mismo tiempo atiende la mayor variedad de trastornos mentales y factores de riesgo psicosocial de todos los proveedores de la red temática de salud mental. También es el proveedor que mayor variedad de mecanismos de pago podría llegar a recibir de acuerdo con la Tabla 3, por lo que es posible determinar si han tenido la experiencia práctica de ser retribuidos por la mayoría de esos mecanismos existentes.

## **MECANISMO DE PAGO AL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA (CSMC) COMO POTENCIAL INCENTIVO AL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.**

El sistema de atención de salud mental propuesto para el modelo comunitario en Chile se organiza por niveles de atención, complementarios, articulados y colaborativos (115)(116), en donde el Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) ocupa un lugar central en la transformación del sistema de salud, hacia el modelo comunitario.(124)

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025 incorporó como objetivo '*Desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que provea de una*



*cantidad y tipo de recursos que permitan realizar acciones costo-efectivas y modificaciones organizacionales definidas por el Plan Nacional de Salud Mental en el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental'* (115)(pág.85), definió una meta de presupuesto, aunque no abordó alguna orientación respecto de un modelo de mecanismo de pago para el modelo comunitario, a causa de falta de evidencia y marco conceptual para su fundamentación.

El plan muestra que los actuales mecanismos de pago a los CSMC, *'no dan cuenta del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, ya que tienen un énfasis en la atención intra-box en desmedro de las actividades comunitarias y de un abordaje integral de la enfermedad mental y sus factores de riesgo'* (115)(pág.92), y aunque no incorpora orientaciones acerca de cómo resolver esta situación, señala que se requiere fortalecer el mecanismo con la inclusión de variables como los determinantes sociales y los resultados sanitarios.

La forma en que operen los mecanismos de pago en los CSMC podría contribuir al propio prestador, pero también a la red temática de salud mental, a avanzar en el modelo de salud mental comunitario si los incentivos están bien alineados con la política declarada.

El propósito de esta investigación es contar con una base teórica que permita interpretar y comprender mejor cómo el mecanismo de pago al CSMC se traduce en un potencial incentivo al modelo de salud mental comunitaria.

La evidencia sobre los incentivos de los mecanismos de pago en prestadores ambulatorios comunitarios de salud mental aún es insuficiente, siendo su principal debilidad la carencia teórica para la interpretación de los resultados. Los investigadores han coincidido que requiere ser estudiado considerando la perspectiva de usuarios y equipos de salud (terapeutas), además de la perspectiva del ente responsable de la función de compra como ha sido lo habitual. Requiere considerar factores de medida de las personas, de las actividades, de los procesos y de los principales resultados esperados para identificar la mejor unidad de pago en un subsistema que es complejo. Levantar evidencia sobre la forma en que se relacionan los incentivos de los mecanismos de pago y las conductas de servicios de salud mental comunitarios puede

resultar necesario y útil en un escenario de cambios con escaso fundamento en este campo en este momento en Chile.

El mecanismo de pago, en tanto una *intervención de nivel de sistema*, teóricamente puede incentivar conductas virtuosas para el modelo de salud mental comunitario en el conjunto de los componentes del subsistema de salud mental. Estas conductas virtuosas se pueden inferir del Modelo de Gestión de CSMC(124), y se podrían resumir en los siguientes aspectos centrales de incentivo en cada uno de los componentes de la arquitectura del subsistema.

#### **A) En la provisión de servicios de los CSMC.**

Los CSMC podrían ser incentivados para otorgar una variedad amplia de actividades para tratar sin exclusión todos los trastornos mentales y factores de riesgo psicosocial que presenta la población. Si bien se espera que incorpore acciones de atención terapéutica individual intra-box y farmacoterapia, el incentivo es a privilegiar las intervenciones grupales, las acciones en el territorio asignado y las intervenciones intersectoriales. Todas las acciones se deben orientar hacia la recuperación integral de los usuarios y ser basadas en evidencia, esto implica incentivar la resolutivez evitando la cronicidad de los trastornos al mismo tiempo que manteniendo la disponibilidad de atención cuando los trastornos mentales son de larga evolución. Se incentivan los servicios que permiten articular la continuidad de la atención con los centros de atención primaria y el nivel hospitalario, así como la relación con los servicios sociosanitarios de día o residenciales.

#### **B) En el recurso humano de los CSMC.**

Los trabajadores de los CSMC deben ser incentivados a orientar sus acciones hacia estrategias biopsicosociales y orientadas a la recuperación integral, a promover la autonomía de los usuarios y a mostrar acciones favorables para actuar en el territorio asignado. Los CSMC podrían ser incentivados a contar con equipos multiprofesionales conformados por profesionales psiquiatras de adultos y pediátricos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros, trabajadores sociales, entre otros. Pero también se debe incentivar la incorporación de técnicos en rehabilitación psicosocial y en drogodependencias. Incentivar la incorporación de agentes comunitarios que puedan ser formados en salud

mental y más recientemente se ha planteado la relevancia de contar con trabajadores-pares en particular para el tratamiento de personas con trastornos mentales severos o discapacidad mental.

### **C) En los medicamentos y tecnologías de los CSMC.**

Los CSMC podrían ser incentivados a contar con un arsenal psicofarmacológico esencial disponible para la población y a utilizarlo en base a la evidencia, evitando el tratamiento exclusivamente farmacológico. Al mismo tiempo se incentiva la incorporación de tecnologías de la información y atención de telemedicina en particular para facilitar el acceso y seguimiento de población con mayores dificultades de traslado cuando ello sea posible, evitando transformar la tele atención en una estrategia terapéutica individual intrabox.

### **D) En la gobernanza de los CSMC.**

Los CSMC podrían ser incentivados a promover la participación de los usuarios tanto en el desarrollo del centro en el contexto del territorio en donde se inserta, como en las decisiones que comprometen sus tratamientos. Se incentiva que respeten los derechos humanos de las personas con trastorno mental y realicen abogacía para evitar la vulneración de los derechos. Se incentiva la gestión participativa y la gestión clínica. Se incentiva la rendición de cuentas como práctica sistemática. Se incentiva la articulación con las organizaciones e instituciones intersectoriales en el territorio asignado.

### **E) En los sistemas de información de los CSMC.**

Los CSMC podrían ser incentivados a mantener sistemas de información que permitan evaluar los procesos y resultados de sus acciones, retroalimentando al propio centro y generando información para la comunidad en la que se insertan como para los usuarios, en el sentido de la rendición de cuentas. Se incentiva a generar información relevante para los sistemas gubernamentales de información sanitaria. Autores señalan que las estadísticas entendidas como mecanismos de análisis de los problemas económicos están estrechamente vinculados al pensamiento económico a la base y la implementación de las políticas de financiación.(125) Pueden representar tanto a un estado de bienestar como uno neoliberal en la concepción de las políticas.

## **F) En la financiación de los CSMC.**

Los CSMC podrían ser incentivados a ser eficientes con los recursos asignados velando por la sustentabilidad del centro. Los mecanismos de pago deberán estar alineados con los objetivos declarados en la política de salud mental comunitaria, y que se ha resumido en los componentes anteriores a partir del modelo de gestión esperado para estos centros.

## **G) En los usuarios de CSMC y sus familias.**

Los CSMC podrían ser incentivados para mejorar adherencia y participación de usuarios y sus familias en los procesos de recuperación integral. Se incentivan resultados intermedios como uso de servicios.

La interacción virtuosa entre todos estos componentes del subsistema simultáneamente es compleja y difícil de incentivar en los servicios de salud mental. Pero el marco de sistemas complejos advierte que el efecto de una intervención de nivel de sistema se observa precisamente en las interacciones entre los componentes del sistema.

Es decir, el mecanismo de pago debe ser capaz de reconocer las formas en que interactúan estos componentes del sistema cuando están alineados con los objetivos esperados, precisamente para retroalimentar al sistema amplificando las interacciones virtuosas y mitigando las desalineadas.

La función de compra o transferencia no se ha estudiado bajo la perspectiva del pensamiento de sistemas, se ha prestado menos atención a la naturaleza de los servicios comunitarios (que es distinta a los servicios hospitalarios), se han excluido las perspectivas de los usuarios y los equipos de salud mental, aunque sobre ellos se ha tratado de explicar el riesgo moral (conductas oportunistas) y los problemas de agencia (intereses que predominan) asociados a la asimetría de la información existente en los sistemas de salud.

La evidencia muestra la conveniencia de los mecanismos prospectivos y variables para avanzar en calidad y eficiencia, considerando que a nivel macro el sistema es cerrado (dado que el presupuesto público del sector salud tiene un límite). Sin embargo, la incertidumbre persiste sobre la unidad de pago. La

unidad de pago podría emerger de los tipos de interacción virtuosa del modelo de salud mental comunitaria.

El propio subsistema de salud mental puede configurar teóricamente la forma cómo puede ser transformado a través de incentivos económicos, hacia una identidad propia del modelo de salud mental comunitaria.

## **RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

La evidencia plantea que las reglas de pago a los servicios de salud introducen incentivos en las conductas del pagador, el proveedor y el paciente, para conseguir ciertos objetivos del sistema y evitar las conductas oportunistas. En el caso de salud mental no existe claridad sobre la coherencia de las reglas de pago con el modelo de salud mental comunitario. Los estudios en este campo son limitados, contradictorios y no concluyentes. Los estudios han carecido de un modelo conceptual que permita comprender cuáles variables y sus relaciones explican la forma en que los mecanismos de pago incentivan a los servicios de salud mental comunitaria. En el subsistema de salud mental en Chile se han utilizado los mismos mecanismos de financiamiento usadas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud por determinación de la autoridad, sin un análisis o fundamentación de los efectos esperados al introducirlos. Es posible plantear que esos mecanismos de financiamiento tienen el riesgo de estar interviniendo como incentivos contrarios al modelo de salud mental comunitaria, contribuyendo a retrasar las reformas en este campo. Esta es la preocupación con el caso de las reglas de financiación impuestas a los CSMC, dispositivo clave en el nuevo subsistema de salud mental.

Para avanzar en la investigación en este campo, un modelo teórico que permita comprender y explicar cómo es la relación entre los incentivos de los mecanismos de pago y los servicios de salud mental comunitaria parece necesario. Un elemento reiterado en la investigación en este campo ha sido la constatación que se ha excluido la perspectiva de usuarios y proveedores para comprender mejor cómo se expresan los incentivos de los mecanismos de pago en la realidad de los servicios de salud mental comunitaria, y parece ser que esas perspectivas son clave.

Un modelo teórico de este tipo permitiría introducir incentivos mejor alineados con el propósito del modelo de salud mental comunitaria. Los mecanismos de pago pueden propiciar la orientación del centro hacia la recuperación, el respeto de los derechos humanos, el enfoque de género, el enfoque intercultural, la participación social, entre otros principios del modelo de salud mental comunitaria.

El modelo teórico puede emerger del propio subsistema de CSMC (*botton up*), a partir de la actividad constatada que vienen desarrollando este tipo de centros y también de la experiencia de sus directores, sus usuarios y los responsables de la función de compra en ellos.

De esa base **cuantificada y narrada** se puede extraer lo mejor que puede hacer el subsistema, sus mejores interacciones. Esas interacciones pueden ser premiadas, esas interacciones pueden ser incentivadas a través de los mecanismos de pago, pues esas interacciones pueden transformarse en la unidad de pago que el CSMC requiere para avanzar en el nuevo modelo de atención.

La presente investigación busca contribuir en la generación de teoría que interprete y explique mejor la relación de los mecanismos de pago y el desarrollo del modelo de salud mental comunitario en los servicios especializados ambulatorios, emergiendo del propio subsistema de salud mental. Esto puede contribuir al diseño y evaluación de los mecanismos de pago en concordancia con las políticas públicas declaradas sobre el subsistema de salud mental. Puede permitir avanzar hacia una perspectiva más estratégica de la función de compra en la financiación de los subsistemas de salud mental, y con sentido para los actores del subsistema. Los incentivos mejor alineados con los objetivos del subsistema, otorga condiciones favorables para que los actores hagan lo correcto, sin sentir que pierden o sacrifican algo al hacerlo. Esto contribuye a generar condiciones que eviten el uso ineficiente de los recursos y el gasto innecesario, y promuevan el acceso, la calidad y efectividad de la atención de salud mental en el sistema de salud.

Esto resulta particularmente relevante en un escenario de procesos de reforma a favor del acceso universal en salud. En el caso de Chile, la recientemente

promulgada Ley 21.331 “Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental” (mayo 2021), define a la salud mental como *‘un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades puede realizarlas, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar y contribuir a su comunidad. En el caso de niños, niñas y adolescentes, la salud mental consiste en la capacidad de alcanzar y mantener un grado óptimo de funcionamiento y bienestar psicológico. [...] La salud mental está determinada por factores culturales, históricos, socioeconómicos, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una construcción social esencialmente evolutiva y vinculada a la protección y ejercicio de sus derechos’*, y establece que las personas con enfermedad mental no podrán sufrir discriminación por su condición en cuanto a prestaciones o coberturas de salud, tendrán derechos a recibir atención sanitaria integral y humanizada y al acceso igualitario y equitativo a las prestaciones necesarias para asegurar la recuperación y preservación de la salud, así como a recibir una atención con enfoque de derechos. Esto instala desafíos en las capacidades institucionales que vinculan los procesos de financiamiento de la salud mental y los servicios de atención de salud mental en el marco del modelo de salud mental comunitaria. El presente estudio podrá contribuir identificando elementos clave en la discusión de la implementación de esta política. La formulación de leyes a favor de la protección de derechos en salud mental es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud y un proceso en desarrollo, en particular en los países de las Américas.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cómo los mecanismos de pago incentivan que las conductas de los CSMC sean concordantes con lo declarado en el modelo de salud mental comunitaria?

¿Cuáles son los factores que relacionan al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC?

## **Supuesto.**

Los mecanismos de pago a los CSMC, en tanto contrato entre pacientes, proveedores y pagadores, introducen incentivos alineados o desalineados con el modelo de salud mental comunitaria, contribuyendo a avanzar o a retrasar las reformas al subsistema de salud mental. Si el mecanismo de pago es una “intervención de nivel de sistema”, entonces perturba las interacciones de los elementos constitutivos del subsistema de salud mental orientándolo hacia una determinada dirección de la población usuaria, de la provisión, de la organización del recurso humano, de la gobernanza, del uso de medicamentos y tecnologías, el uso de sistemas de información y del esquema de financiamiento.

Basado en el modelo de sistemas complejos aplicado al subsistema de salud mental, se pueden identificar interacciones de los elementos constitutivos del sistema que son posibles de amplificar, incentivando el modelo comunitario en los CSMC a través de los mecanismos de pago. Pero identificar esas interacciones implica comprender cómo éstas son vivenciadas por usuarios, prestadores y pagadores, y analizados a la luz de los resultados de la actividad productiva que los CSMC vienen obteniendo. Las interacciones no son visibles, pero pueden ser capturadas si se les permite emerger desde el subsistema.

De las interacciones de los elementos constitutivos del subsistema es posible llegar a identificar la unidad de pago a los CSMC, si se identifican las variables relevantes comprometidas y sus atributos, la relación entre ellas, incluido las probables relaciones causales que permita explicar la relación entre los mecanismos de pago y sus efectos para el modelo de salud mental comunitaria a partir de una construcción teórica que emerge.

Si obtenemos una construcción teórica basada en el propio subsistema de salud mental del CSMC, entonces podremos alinear el mecanismo de pago al CSMC con el modelo de salud mental comunitaria.



### **III. OBJETIVOS.**

#### **GENERAL.**

Identificar, describir y comprender las interacciones entre los elementos constitutivos del CSMC relevantes para incentivar a través de un mecanismo de pago que implemente el modelo de salud mental comunitaria en Chile.

#### **ESPECÍFICOS.**

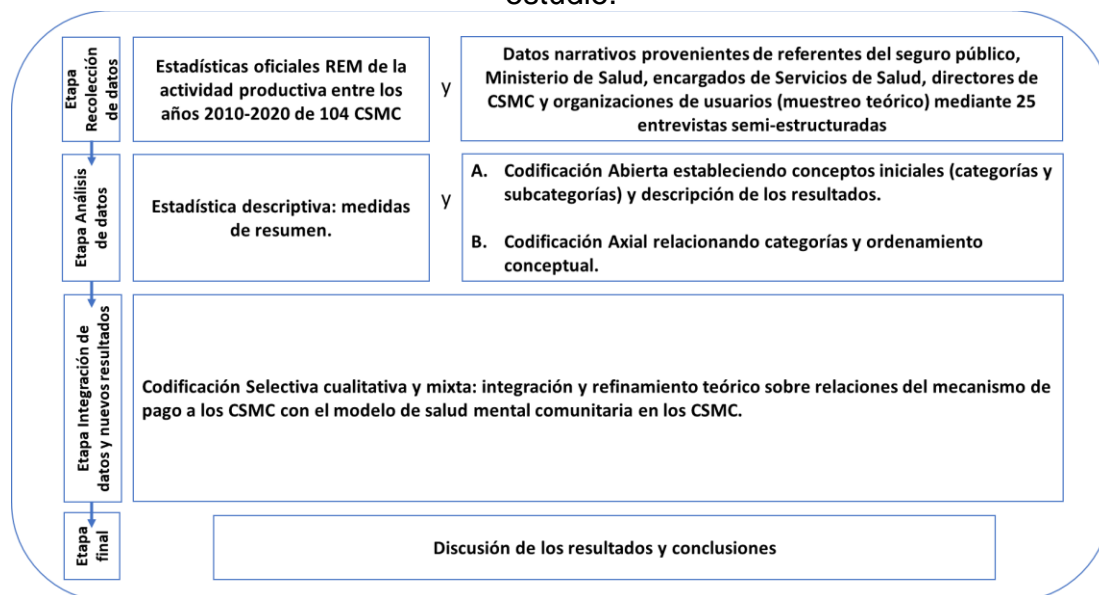
1. Representar conceptualmente los efectos de los mecanismos de pago a los CSMC desde la perspectiva de quienes ejercen la función de pagador, función de proveedor y función de paciente.
2. Describir la actividad de los CSMC reportada institucionalmente en la década 2010-2020 utilizada para respaldar la financiación: población atendida, problemas de salud mental abordados y tipo de prestaciones otorgadas.
3. Identificar las variables que relacionan al modelo de salud mental comunitario con la unidad de pago a los CSMC, y que emergen de las interacciones de los elementos constitutivos del propio subsistema.
4. Caracterizar la unidad de pago a los CSMC que afecta las interacciones de los elementos constitutivos del subsistema de salud mental positivamente para el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC.

## IV. MÉTODO.

### TIPO DE DISEÑO MIXTO CONVERGENTE.

Se trata de un estudio observacional exploratorio mixto cuantitativo-cualitativo convergente(126) enmarcado en la teoría fundamentada, o teoría fundamentada mixta(127). El diseño incorporó dos etapas paralelas de recolección de datos, con una combinación de análisis de tipo estadístico descriptivo y análisis narrativo de contenido aplicando codificación abierta y codificación axial. Se integraron los resultados mediante codificación selectiva. (Figura 6).

Figura 7. Diseño metodológico mixto convergente quan+QUAL utilizado en el estudio.



Fuente: Elaboración propia basada en Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and Conducting Mixed Methods Research. Segunda ed. USA: SAGE; 2011. 488 p

La recolección de datos consideró la obtención de información sobre tipo de actividad productiva, población y problemas de salud mental atendidos de todos los Centros de Salud Mental Comunitaria de Chile. Estos datos fueron obtenidos de las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud, producidas de la actividad administrativa habitual entre 2010-2020. El año 2020 se considera un año anómalo de actividad productiva producto del contexto de la pandemia Covid-19, y esto se tuvo en cuenta en el análisis. Los datos obtenidos fueron sometidos a

análisis de la estadística descriptiva. La información de esta etapa permitió describir y caracterizar la actividad de estos centros, dada la escasa evaluación existente sobre ellos, no existiendo algún estudio publicado que les caracterice. Esta etapa permitió el cumplimiento del segundo objetivo específico de la investigación, además de aportar al análisis del primer y último objetivos específicos.

En paralelo, la recolección de datos consideró entrevistas en profundidad semi-estructurada a una muestra teórica de directores de CSMC de Chile, representantes de organizaciones de usuarios de esos centros, y representantes del seguro público de salud FONASA, Ministerio de Salud, Servicios de Salud. Los datos narrativos fueron analizados cualitativamente permitiendo la emergencia de categorías de orden superior e inferior, estableciendo las relaciones entre ellas. La información de esta etapa permitió representar conceptualmente la relación de los mecanismos de pago a los CSMC de Chile con el modelo de salud mental comunitaria desde la perspectiva de los involucrados que interactúan, lo que permitió identificar los posibles componentes de la unidad de pago que pueden llegar a incentivar la implementación y desarrollo del modelo de salud mental comunitaria en estos centros. Esta etapa permitió abordar los objetivos específicos primero, tercero, y cuarto. Más adelante se detallan los procedimientos de recolección y análisis de datos. Para la integración de los resultados se recurrió a la codificación selectiva que permitió abordar el cuarto objetivo específico del estudio, además del objetivo general.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Proyecto N°150-2021/Archivo acta N°150 de 09/Nov/2021 (Anexo 1).

## **JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO.**

El propósito del diseño mixto convergente es obtener datos distintos pero complementarios sobre un mismo tópico para comprender mejor un fenómeno, comparando múltiples niveles dentro de un sistema. Es un diseño recomendado

cuando el investigador tiene un tiempo limitado para la recolección de datos, permitiendo un primer proceso de recolección de datos cuantitativos y cualitativos en forma paralela e independiente, los cuales podrán ser analizados e interpretados por separado. El diseño considera la integración en alguna estrategia de fusión, incluyendo la posibilidad de transformar resultados en otro tipo de datos, por ejemplo, nuevas categorías conceptuales.

El diseño permite hacer un abordaje comprehensivo al problema del sistema de financiamiento a los CSMC, emergiendo un marco teórico que contenga proposiciones acerca de la relación entre los mecanismos de pago y el incentivo al modelo de salud mental comunitaria en diferentes condiciones bajo las cuales la teoría se sostiene. Sobre la base del conocimiento obtenido el estudio podrá proveer los elementos necesarios para que se genere una propuesta transformadora de las reglas de financiamiento a los Centros de Salud Mental Comunitaria.

El diseño se enmarca en la teoría fundamentada (128)(129)(130), que ha experimentado una creciente atención por parte de los investigadores y teóricos de métodos mixtos, acuñándose términos como *teoría fundamentada pragmática* (131) y *teoría fundamentada mixta* (132). Esta aproximación epistemológica y metodológica está ganando impulso en varias áreas incluido el campo de la salud.(133)(134) El uso de la teoría fundamentada de diseño mixto se está reconociendo como particularmente eficaz para el desarrollo y elaboración teóricos.

El sistema de atención de salud mental ha aumentado en complejidad con el tiempo y el estudio de los efectos del mecanismo de pago a uno de sus componentes centrales, como es el caso de los CSMC, requiere un marco de pensamiento sistémico que reconoce la aparición de patrones a nivel del sistema de salud mental, que no son explícitos a simple vista.

La consideración del pensamiento sistémico en este estudio contribuye a la búsqueda de la exhaustividad en los temas que pueden emerger de los datos recopilados. Pero el pensamiento sistémico no entrega por sí mismo un modelo teórico acerca de cómo operan los mecanismos de pago en relación con el incentivo para el modelo de salud mental comunitaria. El pensamiento sistémico

muestra que el subsistema de salud mental es complejo por sus múltiples componentes e interacciones, y su identidad hacia el modelo comunitario puede ser reconocido en esas interacciones que no son visibles, que requieren ser capturadas y ayudadas a emerger.

La identidad como “modelo de salud mental comunitaria” es lo que se espera incentivar a través del financiamiento a los CSMC. Pero el propio modelo aún carece de límites teóricos incuestionables, y no ha propuesto un modelo teórico acerca de cómo operan los mecanismos de pago coherente que revele su identidad como modelo de salud mental comunitaria, no ha presentado conceptos, proposiciones, relaciones ni propuestas causales. Los estudios desarrollados sobre mecanismos de pago a los servicios de salud mental han carecido de un modelo teórico explicativo que haya emergido del propio subsistema de salud mental. La propuesta de un estudio exploratorio sobre la base de la teoría fundamentada es apropiada como marco para la generación teórica, en el que una hipótesis formal a priori no es recomendable.

Otras aproximaciones metodológicas no han logrado el objetivo de identificar la mejor unidad de pago para los intereses de los usuarios. Ciertos métodos han logrado identificar unidades de pago que incentivan la contención del gasto en los centros de atención o disminuyen el riesgo de los seguros, al mismo tiempo que priorizan el acceso a la atención médica del paciente por sobre una respuesta integral orientada hacia la recuperación e integración comunitaria, pero sus interpretaciones han sido limitadas.

Se plantea que los diseños experimentales en este campo son poco probables porque la asignación aleatoria de pacientes y centros de tratamiento a diferentes esquemas de financiamiento no ha sido ética o políticamente aceptable. Se ha obtenido una aproximación al diseño cuasiexperimental al usar registros regulares existentes o series de tiempo interrumpidas, aprovechando la oportunidad de un cambio de política que introdujo un nuevo mecanismo de pago con procesos bien documentados en algunos países, pero los resultados son restringidos, sólo se han realizado en algunos países de altos ingresos, y su generalización debe ser tomada con precaución. Más bien las propuestas de mecanismos de pago para salud mental se han analizado teóricamente, pero sin

una teoría a la base, proponiendo posibles escenarios a partir de los incentivos y riesgos supuestos, y no se ha considerado la perspectiva de los usuarios y los terapeutas.

El diseño mixto aquí propuesto es viable en las actuales condiciones de tiempo y recursos para el estudio, pues ambos son limitados, con un trabajo de campo también restringido por el contexto de sobrecarga de los equipos de salud en la pandemia Covid-19, aunque con un elevado interés por parte de los encargados de la gestión de los Centros de Salud Mental Comunitaria a nivel local y nacional.

La propuesta de diseño mixto cuantitativo-cualitativo en el marco de la teoría fundamentada se considera una perspectiva pionera, y se espera que investigadores se interesen por el desarrollo de teorías basándose en una variedad más rica de datos cuantitativos y cualitativos, contribuyendo a un enfoque sistemático para hacer teoría fundamentada de métodos mixtos.(127)

## **UNIDAD DE ESTUDIO.**

La unidad de estudio fueron 104 Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) identificados en Chile.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS ADMINISTRATIVOS DE LOS CSMC 2010-2020.**

El estudio exploró datos secundarios provenientes de las estadísticas institucionales disponibles para el período 2010-2020. Para recolectar los datos se utilizaron seis fuentes de información provenientes del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, del Fondo Nacional de Salud (FONASA, seguro público) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

En resumen, es posible identificar las fuentes de datos utilizadas en la Tabla 5.

Tabla 5. Tipo y fuente de datos utilizados para extraer información de Centros de Salud Mental Comunitarios en Chile 2010-2020.

Tipo de dato	Fuente de datos
a) El Registro de establecimientos de salud identifica cada CSMC, su ubicación geográfica, el Servicio de Salud de referencia al que pertenece y la dependencia administrativa de referencia.	Archivo: <i>Establecimientos_ChileDEIS_MINSAL 14-05-2021 (versión 1)</i> en <a href="https://deis.minsal.cl/#datosabiertos">https://deis.minsal.cl/#datosabiertos</a>
b) Estadísticas de ingresos y egresos ambulatorios totales, según sexo, grupo de edad y diagnóstico.	DEIS Registro Estadístico Mensual-REM. <b>Series A numeral 05</b> sobre <i>INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD, SECCIÓN: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN APS /ESPECIALIDAD</i> <a href="https://deis.minsal.cl/#datosabiertos">https://deis.minsal.cl/#datosabiertos</a> Archivo comprimido csv/txt para cada año. Ejemplo archivo: SERIE_REM_2010.zip SerieA10.txt
c) Estadísticas de actividades totales (prestaciones), según el tipo de actividades.	DEIS Registro Estadístico Mensual-REM. <b>Series A in numeral 06</b> sobre <i>PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES</i> <a href="https://deis.minsal.cl/#datosabiertos">https://deis.minsal.cl/#datosabiertos</a> Archivo comprimido csv/txt para cada año. Ejemplo archivo: SERIE_REM_2010.zip SerieA10.txt
d) Estadísticas del total de personas en tratamiento, según sexo y diagnóstico.	Registro Estadístico Mensual-REM <b>Series P in numeral 06</b> sobre <i>POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD</i> <a href="https://deis.minsal.cl/#datosabiertos">https://deis.minsal.cl/#datosabiertos</a> Archivo comprimido csv/txt para cada año. Ejemplo archivo: SERIE_REM_2010.zip SerieP10.txt
e) Estadísticas de beneficiarios del seguro público de salud obtenidas del Fondo Nacional de Salud (FONASA) según año.	2018-2020. En dirección: <a href="https://www.fonasa.cl/sites/estadí/datos-abiertos/estadísticas-anales">https://www.fonasa.cl/sites/estadí/datos-abiertos/estadísticas-anales</a> Zipped csv file for each year. The files are named as follows, only the year changes: Archivo: Resultados Beneficiarios 201812.csv  2010-2017. En dirección: <a href="https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos">https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos</a> Link: ARCHIVO Se descargan diez boletines estadísticos semestrales. Cada boletín corrige los datos de un año anterior. Son archivos de Excel que solo cambian el año de referencia.
f) Estadísticas de habitantes correspondientes a las proyecciones del censo de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).	Proyección de población entre 2002-2035 basada en datos censales del 2017: <a href="https://www.ine.cl/estadísticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion">https://www.ine.cl/estadísticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion</a>

## **PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS.**

Las bases de datos provenientes de las series REM fueron analizadas con apoyo de software estadístico R versión 4.0.5 que soporta grandes bases de datos y Excel. Se realizó extracción y exploración inicial de los datos exclusivos de los CSMC. Este análisis inicial de los datos permitió conocer las características de las variables y comprobar su oportuna y relevante inclusión en el análisis de la investigación.

Se realizó una descripción univariada de la información de las bases de datos relativa a los CSMC. El análisis incluyó los datos para cada año, permitiendo describir el incremento o descenso relativo entre años y en el total del período. Los datos estadísticos fueron analizados usando medidas de resumen descriptivas.

Se priorizó tratar los datos como tasas por población beneficiaria del seguro público, FONASA, pues se consideró como mejor punto de comparación para cada año.

A continuación, se detalla cada uno de los datos, sus fuentes, el propósito de su captura, problemas detectados y soluciones adoptadas.

- a) Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile vigentes a mayo 2021.

El Ministerio de Salud, a través del DEIS informa cada año los establecimientos de salud del país. A mayo de 2021 se identificaron 4230 establecimientos de salud públicos en todos los niveles de atención. El propósito fue obtener la nómina oficial de CSMC vigentes. De esta fuente se obtuvo:

- Nombre oficial de establecimiento.
- Código identificador del establecimiento. Este código permite identificar al establecimiento en todas las bases de datos del DEIS en donde ellos tengan registro.
- Ubicación geográfica: Región.
- Ubicación geográfica: Comuna.
- Servicio de Salud: red sanitaria a la cual pertenece el establecimiento.



- Dependencia administrativa del establecimiento: Municipal; de Servicio de Salud, de Hospital, otro.

Los CSMC son identificados a través de un código único que es asignado por el DEIS a cada establecimiento de salud del país. Este código es fundamental para identificar los registros estadísticos de cada CSMC.

Se observó que existen 13 CSMC vigentes a mayo 2021 sin código único. De estos, 12 corresponden a centros administrativamente anidados en un hospital, por tanto, el código que el DEIS ha conservado es el del hospital (Tabla 6). Un centro es de administración privada sin fines de lucro en convenio con el Servicio de Salud. Esto genera un problema de recolección de datos propios de estos CSMC entre los sistemas de información del DEIS.

Tabla 6. CSMC anidados administrativamente en un Hospital que no cuentan con código único DEIS.		
Hospital	CSMC anidado	Servicio de Salud
Hospital Dr. Humberto Elorza Cortes de Illapel	CESAM Illapel	Servicio de Salud Coquimbo
Hospital San Pablo Coquimbo	CESAM Punta Mira	
Hospital de La Serena	CESAM Las Compañías	
Hospital Ovalle	CESAM Ovalle	
Hospital Claudio Vicuña	COSAM Casa Azul COSAM Infante juvenil 21 de Mayo	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Hospital San Luis de Buin	COSAM Paine	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Hospital Grant Benavente	COSAM Concepción COSAM San Pedro de la Paz	Servicio de Salud Concepción
Hospital Intercultural de Nueva Imperial	CECOSAM Imperial	Servicio de Salud Araucanía Sur
Hospital Dr. Abraham Godoy Peña	CECOSAM Lautaro	
Hospital de Pitrufoquén	CECOSAM Pitrufoquén	

Se corroboró para cada centro aquellos cuya data estadística hospitalaria fuese realmente propia, y se confirmó que 4 de estos centros (Illapel, Imperial, Lautaro, Pitrufoquén) tienen esa condición, pues es la única unidad perteneciente al hospital que produce actividad de salud mental y psiquiatría ambulatoria.

Entonces hubo 8 centros cuya estadística deberá ser tomada con precaución pues está confundida con el total de actividad de psiquiatría ambulatoria hospitalaria. En tanto que un centro no fue posible de obtener sus datos por no estar en la nómina (Pudahuel). Al estar claramente identificados estos 9 centros, será posible excluir su data en algunos de los análisis, lo que quedará explícito.

- b) Estadísticas sobre ingresos y egresos de servicios de salud mental por diagnóstico o condición 2010-2020.

Los datos se obtuvieron de la Serie A del Registro Estadístico Mensual (REM) del DEIS, en el numeral 05 sobre "*Ingresos y Egresos por Condición y Problemas de Salud*", en las secciones:

- Sobre ingresos al programa de salud mental en especialidad ambulatoria.
- Sobre egresos del programa de salud mental por altas clínicas en especialidad ambulatoria.
- Sobre ingresos y egresos al componente alcohol y droga.
- Sobre programa de rehabilitación (personas con trastornos psiquiátricos).

El propósito fue identificar algunas características de la población atendida por los CSMC. De esta fuente se obtuvo:

- Ingresos totales.
- Ingresos de hombres.
- Ingresos de mujeres.
- Ingresos por diagnóstico o condición.
- Ingresos por grupos de edad.
- Egresos totales.
- Egresos de hombres.
- Egresos de mujeres.
- Egresos por diagnóstico o condición.
- Egresos por grupos de edad.

Se observó que hay datos incompletos para algunos años en la Serie A de REM. Para el 2010, son 56 centros con información (80% de 70 centros existentes para ese año), en tanto que para el año 2020 son 98 centros con información (94,2% de 104 centros existentes para ese año).

Los egresos se incorporaron en el instrumento en 2012, por tanto, no existen datos en el 2010 y 2011 en el sistema REM.

Para todo el período 2010-2020 son 56 centros con datos en la Serie A de REM completos. De ellos son 48 centros que tienen data de efectiva producción propia para todos los años de la serie (46,2% de los 104 centros vigentes), excluyendo los centros anidados en hospital cuya estadística está confundida con la actividad de psiquiatría ambulatoria de todo el hospital.

Para los años 2019 y 2020 es posible contar con la información de 98 centros (94,2%).

Se organizaron las bases de datos para cada una de estas agrupaciones, de forma tal que se facilitó el análisis de datos de acuerdo con el grupo de centros que se consideró más pertinente considerar en virtud del tipo de análisis específico realizado.

Se observa que las categorías de motivos de ingresos y egresos posibles de registrar (factores de riesgo o diagnóstico) se fueron diversificando en el periodo 2010-2020, con más apertura y detalle en la actualidad (Tabla 7).

Tabla 7. Agrupamientos en los criterios de uso en las categorías diagnósticas en el registro estadístico mensual de los CSMC, año 2010 vs 2020.	
Registro año 2010	Registro año 2020
ESQUIZOFRENIA.	ESQUIZOFRENIA.
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS): - Depresión - Depresión post parto - Trastorno bipolar	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS): - Depresión leve - Depresión moderada - Depresión grave - Depresión post parto - Trastorno bipolar - Depresión refractaria - Depresión grave con psicosis - Depresión con alto riesgo suicida
TRASTORNOS DE ANSIEDAD.	TRASTORNOS DE ANSIEDAD: - Trastorno de estrés post traumático - Trastorno de pánico con agorafobia - Trastorno de pánico sin agorafobia - Fobias sociales - Trastornos de ansiedad generalizada - Otros trastornos de ansiedad

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS: - Alcohol como droga principal - Otra sustancia como droga principal - Policonsumo	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS: - Consumo perjudicial o dependencia de alcohol - Consumo perjudicial o dependencia como droga principal - Policonsumo
ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.	DEMENCIAS (INCLUYE ALZHEIMER): - Leve - Moderado - Avanzado
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
TRASTORNO HIPERCINÉTICOS, DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN.	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: - Trastornos hipercinéticos - Trastorno disocial desafiante y opositor - Trastorno de ansiedad de separación en la infancia - Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.	
RETRASO MENTAL.	RETRASO MENTAL.
TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	TRASTORNO DE PERSONALIDAD.
TRASTORNO GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.	TRASTORNO GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.
VIOLENCIA DE GÉNERO: - Víctima - Agresor	VIOLENCIA: - Víctima - Agresor
VIOLENCIA HACIA EL ADULTO MAYOR.	
MALTRATO INFANTIL.	
ABUSO SEXUAL.	ABUSO SEXUAL.
No lo incluye	SUICIDIO: - Ideación - Intento
No lo incluye	EPILEPSIA
No lo incluye	OTRAS
Fuente: Elaboración propia a partir de MINSAL-DEIS, serie REM A 05, secciones J (2010) y N (2020).	

Para los análisis de los datos que involucran los tipos de diagnóstico o factores de riesgo, se conservó la agrupación de la familia que encabeza y agrupa los diagnósticos específicos (ejemplo, trastornos del humor), aprovechando mejor los datos en todas las series, pues esa agrupación no cambió en el transcurso

de los años. Cuando una agrupación esté presente sólo para algunos años se explicitará en los análisis, por ejemplo, es el caso del Suicidio que se incorporó sólo en los años 2019 y 2020 como categoría de registro.

c) Estadísticas de prestaciones de atención de los servicios de salud mental 2010-2020.

Los datos se obtienen de la Serie A del Registro Estadístico Mensual (REM) del DEIS, en la numeral 06 sobre “Programa de Salud Mental Atención Primaria y Especialidades”. La serie REM A constituye la fuente oficial de información que se obtiene a través de los tarjeteros o de los registros clínicos electrónicos y que son traspasados a una planilla Excel. Contiene información que corresponde a la producción de las actividades y es información agrupada. De esta fuente se obtuvo 46 tipos de prestaciones para el CSMC.

Algunas prestaciones se fueron aperturando e incorporando en el transcurso de los años. Para aprovechar mejor los datos de toda la serie, además de contar con cada prestación se procedió a agruparlas en 7 categorías (Tabla 8), que representan tipos de atención posibles de estos centros.

Tabla 8. Prestaciones del REM realizadas por CSMC agrupadas en categorías de tipos de atención.	
Categoría	Prestaciones para CSMC
Atención individual en box	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de salud mental por médico</li> <li>• Control psicólogo/a</li> <li>• Control de salud mental por enfermero/a</li> <li>• Control de salud mental por matró/a</li> <li>• Control de salud mental por asistente social</li> <li>• Control de salud mental por terapeuta ocupacional</li> <li>• Control de salud mental por otros profesionales</li> <li>• Control de salud mental por técnico paramédico / técnico en enfermería</li> <li>• Control de salud mental por técnico en rehabilitación de alcohol y drogas</li> <li>• Control de salud mental por gestor comunitario</li> <li>• Psicodiagnóstico por psicólogo/a</li> <li>• Psicoterapia individual por psicólogo/a</li> <li>• Psicoterapia individual por médico psiquiatra</li> </ul>
Consultoría de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultoría de salud mental</li> </ul>
Atención grupal intra-centro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapia grupal por médico psiquiatra</li> <li>• Psicoterapia grupal por psicólogo/a</li> <li>• Psicoterapia familiar por médico psiquiatra</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapia familiar por psicólogo/a</li> </ul>
Atención grupal extra-centro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención psicosocial grupal</li> <li>• Trabajo intersectorial</li> <li>• Trabajo con organizaciones sociales de base</li> <li>• Trabajo con organizaciones de usuarios y familiares</li> <li>• Grupos de autoayuda</li> <li>• Programa acompañamiento psicosocial sector salud</li> <li>• Programa acompañamiento psicosocial intersector</li> <li>• Programa acompañamiento psicosocial organizaciones comunitarias</li> </ul>
Programas de Rehabilitación psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de rehabilitación tipo 1</li> <li>• Programa de rehabilitación tipo 2</li> </ul>
Psiquiatría forense	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peritaje psiquiátrico judicial por médico</li> <li>• Peritaje psiquiátrico judicial por médico psiquiatra</li> <li>• Peritaje psiquiátrico judicial por psicólogo/a</li> <li>• Peritaje psiquiátrico judicial por asistente social</li> <li>• Peritaje psiquiátrico judicial por otros profesionales</li> <li>• Peritaje drogas por médico</li> <li>• Peritaje drogas por psiquiatra</li> <li>• Atención por médico de agresores derivados por tribunales por ley de violencia intrafamiliar</li> <li>• Atención por médico psiquiatra de agresores derivados por tribunales por ley de violencia intrafamiliar</li> <li>• Atención por psicólogo/a de agresores derivados por tribunales por ley de violencia intrafamiliar</li> <li>• Atención por enfermero/a de agresores derivados por tribunales por ley de violencia intrafamiliar</li> <li>• Atención por asistente social de agresores derivados por tribunales por ley de violencia intrafamiliar</li> <li>• Atención por otros profesionales de agresores derivados por tribunales por ley de violencia intrafamiliar</li> </ul>
Informes a tribunales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe tribunal de familia</li> <li>• Informe tribunal penal</li> <li>• Informe tribunal civil</li> <li>• Informe tribunal policía local</li> <li>• Informe tribunal laboral</li> </ul>
Fuente: Elaboración propia a partir de MINSAL-DEIS serie REM A 06	

En este caso se repitió el mismo problema de incompletitud de datos de ciertos años señalado en el punto anterior, pues esta fuente también corresponde a la Serie A de REM. Es decir, para todo el período 2010-2020 son 56 centros con datos en la Serie A de REM completos. De ellos son 48 centros que tienen data de efectiva producción propia para todos los años de la serie (46,2% de los 104 centros vigentes), excluyendo los centros anidados en hospital cuya estadística está confundida con la actividad de psiquiatría ambulatoria de todo el hospital.

Para los años 2019 y 2020 es posible contar con la información de 98 centros (94,2%). Tal como se señaló anteriormente, todas las situaciones fueron

claramente identificadas para un tratamiento pertinente en el análisis de los datos.

- d) Estadísticas sobre la población bajo control en servicios de salud mental 2010-2020.

Los datos se obtienen de la Serie P del Registro Estadístico Mensual (REM) del DEIS. Por definición la serie REM P constituye la fuente oficial de información, que se obtiene desde los tarjeteros o de los registros clínicos electrónicos y que son traspasados a una planilla Excel. Contiene información que corresponde a la captación de los registros de la población bajo control que se atiende en los distintos programas de salud, esta información es recibida a nivel central en forma semestral en donde se toma “la foto” de la población en los meses de junio y diciembre. Los registros de esta información son requeridos en la gestión local, esto en el marco de las prioridades sanitarias y son datos agrupados. Los datos de salud mental se ubican en el numeral 6 de esta serie. El propósito fue dimensionar la población que permanece bajo control cada año en los CSMC.

Se observa que hay datos incompletos en la Serie P para algunos años. Para el año 2010 son 30 centros con data (43% de 70 centros existentes ese año). Para el año 2020 son 94 centros con data de población bajo control (90,4% de los 104 centros existentes ese año).

Son 17 centros con data de producción propia efectiva para todos los años de la serie en el caso de la población bajo control total y por sexo (16% de los 104 centros vigentes). En tanto que son 29 centros para el caso de la población bajo control por motivo diagnóstico con data en toda la serie (28% de los 104 centros vigentes).

También se organizaron las bases de datos para cada una de estas agrupaciones, de forma tal que se facilitó el análisis de datos de acuerdo con el grupo de centros que se consideró más pertinente considerar en virtud del tipo de análisis específico realizado.

- e) Población beneficiaria del FONASA anual 2010-2020.

Obtenido de los Documentos Estadísticos Institucionales de FONASA. El propósito fue estimar tasas estandarizadas de los ingresos y prestaciones según

población beneficiaria del seguro público. Como problema los datos se encontraron en distintos informes según los años de publicación de la información, algunos de esos informes con diferentes versiones de actualización.

Como solución, la información obtenida se ordenó y consolidó en una base de datos única con toda la información por Año, Región, Comuna y Servicio de Salud con la última versión actualizada de cada año. De esta fuente se obtuvo la población beneficiaria según cada año, por Región y Comuna. A partir de esa información se construyó la población beneficiaria por Servicio de Salud.

f) Población general y proyecciones de población anual 2010-2020.

Obtenido de Estadísticas Demográficas del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Se utiliza la Proyección de población entre 2002-2035 en base a los datos censales 2017. El propósito fue estimar tasas estandarizadas de los ingresos y prestaciones según población total del país para cada año. Esta información estuvo disponible por región y comuna. A partir de ella se construyó la población por Servicio de Salud.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS NARRATIVOS PROVENIENTES DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS A EXPERTOS USUARIO, PROVEEDOR Y PAGADOR.**

Mediante muestreo teórico se entrevistó a 25 personas, previo consentimiento informado (Tabla 9). Los criterios de inclusión consideraron representantes de las tres funciones en tensión en un mecanismo de pago: pagador, proveedor y usuario. La muestra incluye representantes de organizaciones de usuarios de servicios de salud mental, directores de Centros de Salud Mental Comunitaria y referentes institucionales que ejercen la función de compra (“pagador”) en el sistema público. En este último caso inicialmente se consideró a representantes del Seguro de Salud Público (FONASA), a lo que se agregó el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud (área sanitaria), debido a que se observó que en la práctica las decisiones sobre el sistema de financiamiento y sus mecanismos ha descansado en estas tres instituciones. Debido a la larga realidad geográfica y cultural del país, también se incluyó que los entrevistados provinieran de



experiencias en las distintas zonas geográficas: norte, centro y sur del país, además de la zona metropolitana. En el caso del Seguro de Salud y de una de las Agrupaciones de usuarios, se consideran de representación nacional. En el caso de los Servicios de Salud además de la distribución geográfica se incluyó el criterio de tener dos áreas sanitarias con y dos áreas sanitarias sin hospital psiquiátrico que pudiera ser considerado como un factor de mayor o menor orientación de la red de salud mental hacia el modelo comunitario. Se consideró también que hubiese mujeres y hombres en cada uno de los tres grupos de la muestra.

El límite de la muestra se determinó a través de la saturación de los contenidos, es decir cuando no se advirtió ningún nuevo tema emergente en las entrevistas.(128)

Tabla 9. Personas entrevistadas según función en el sistema de salud, sexo y representación geográfica.

	Total	Pagador	Proveedor	Usuario
Total	25	8	8	9
Sexo				
Mujer	17	4	6	7
Hombre	8	4	2	2
Zona del país				
Norte	5	0	2	3
Centro	4	1	2	1
Sur	4	1	2	1
Metropolitana	6	1	2	3
Nacional	6	5	0	1

Fuente. Elaboración propia.

En la Tabla 9, cabe aclarar que los datos “cero” corresponden a que no hubo disponibilidad de entrevista a un representante de Servicio de Salud de la zona norte en el período de trabajo de campo, y se decidió no insistir debido a que la estructura de esas zonas sanitarias es similar a las ya incluidas en las zonas centro y metropolitana. Por otro lado, en el caso del proveedor no aplica la representación nacional, pues todos los CSMC están localizados geográficamente en una región y atienden sólo a su población asignada.

La invitación a los entrevistados se realizó mediante correo electrónico y telefónicamente. Para el proceso de contacto la investigadora contó con el respaldo del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Se entrevistó a los participantes mediante medio remoto (sistema Zoom) previo consentimiento informado y se solicitó la grabación de las entrevistas como parte de los requerimientos de participación con el único fin de facilitar el análisis del texto narrativo.

Los temas que se incluyeron en la exploración mediante entrevista semi-estructurada fueron:

¿Qué conoce sobre el sistema de financiamiento a los Centros de Salud Mental Comunitaria y cómo lo evalúa?

¿Cómo es la relación entre el método de pago a los CSMC y el funcionamiento de estos centros?

¿Existe alguna relación entre la forma en que se financia a los CSMC y las personas (usuarios) que atiende?

¿Existe alguna relación entre la forma en que se financia a los CSMC y las prestaciones que otorga (actividades que realiza)?

¿Existe alguna relación entre la forma en que se financia a los CSMC y el recurso humano que ahí trabaja?

¿Existe alguna relación entre la forma en que se financia a los CSMC y la forma en que se administra o gestiona?

¿Cómo la forma de pago a los CSMC puede contribuir a que éstos implementen el modelo de salud mental comunitaria?

## **PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS CUALITATIVOS.**

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas con apoyo de software Sonix alcanzando entre un 80-90% de precisión. Cada entrevista transcrita fue revisada y corregida asegurando el 100% de transcripción ad verbatim.

Las personas entrevistadas fueron consideradas: Expertos usuarios (U), Expertos proveedores (Pr) y Expertos pagadores (Pg). Estos son los términos que se utilizaron para referirse a los participantes.

El análisis textual se sometió a codificación abierta con apoyo de software MAXQDA 2022.

Se procedió a identificar las categorías que emergen con más fuerza como temas centrales de interés a través del proceso de codificación abierta. Se procedió a identificar subcategorías o propiedades de las categorías, utilizando un enfoque comparativo constante que permitió saturar códigos.

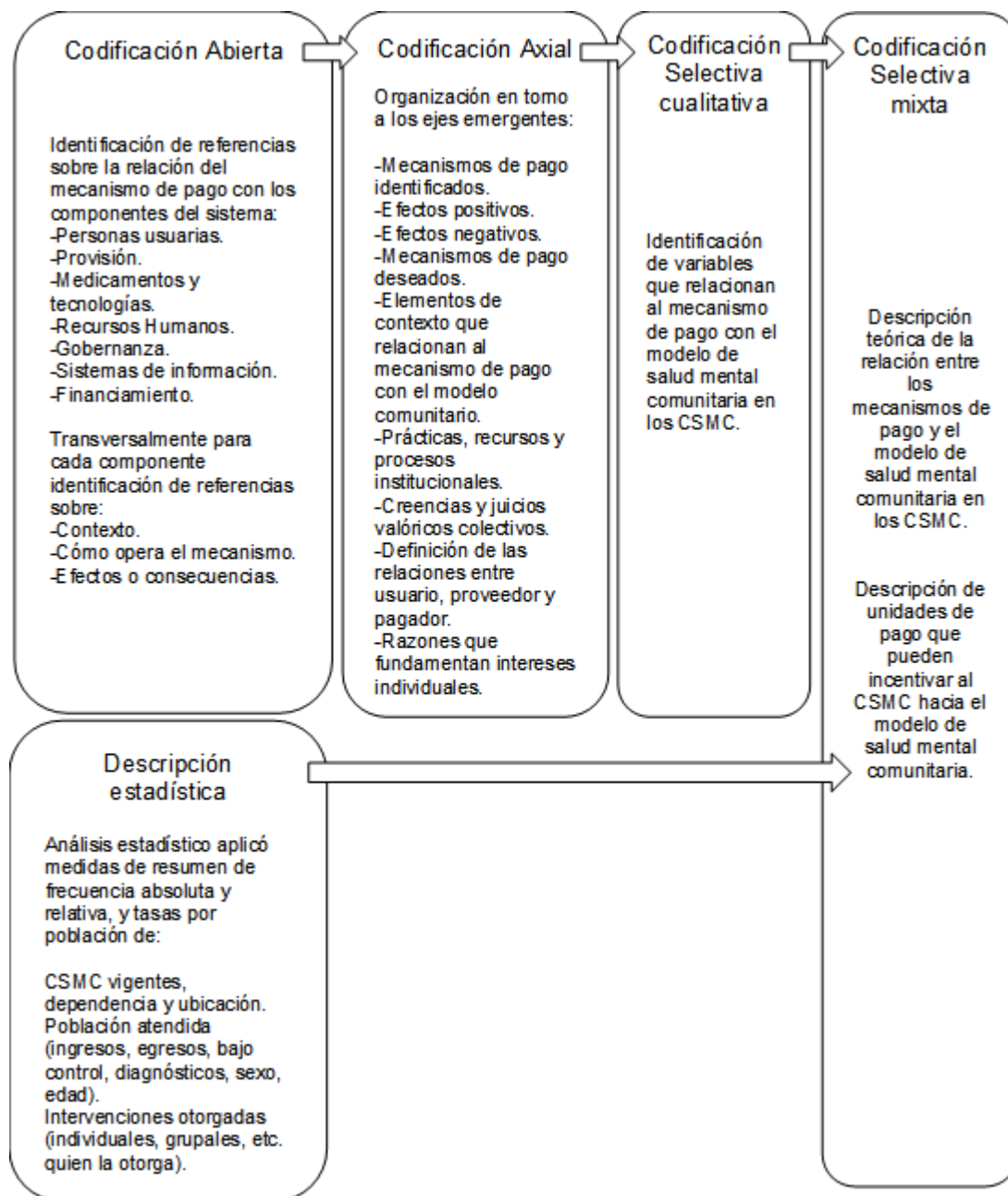
Se procedió a establecer condiciones relacionales entre las categorías a través del proceso de codificación axial, desarrollando una matriz condicional que permitió visualizar al fenómeno central (los mecanismos de pago), el contexto y las condiciones que intervienen, y las consecuencias de las interrelaciones, de acuerdo con las narrativas de los participantes.

## **PLAN DE INTEGRACIÓN DE RESULTADOS.**

Se realizó la integración de los resultados a través de la codificación selectiva. Primero se realizó una integración cualitativa para identificar variables que relacionan al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria a partir de los contenidos que emergieron de la codificación axial. Posteriormente se realizó una integración mixta cuali-cuant y el refinamiento teórico a través de codificación selectiva. Con apoyo de una matriz de convergencias se organizó el contenido de las variables previamente identificadas para cada uno de los componentes constitutivos del CSMC: personas usuarias, provisión, recursos humanos, medicamentos y tecnologías, gobernanza, sistema de información y financiación (Anexo 3). Para cada uno de estos componentes se sintetizó los elementos significativos del modelo de salud mental comunitaria para los CSMC

expresado en la política y la descripción teórica que relaciona al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria que emerge de la relación conceptual entre las variables identificadas. El proceso de análisis de los resultados del estudio se puede observar en la Figura 8.

Figura 8. Síntesis del proceso de análisis de los resultados.



## **V. RESULTADOS.**

### **EFFECTOS DE LOS MECANISMOS DE PAGO A LOS CSMC.**

Del análisis por codificación abierta de las entrevistas realizadas, se obtuvieron 1286 segmentos codificados, los que se agruparon en 261 códigos y subcódigos.

Se extrajeron los segmentos del texto que hicieron referencia a los métodos de pago a los CSMC obteniendo 267 segmentos (21%). También se extrajeron los segmentos que hicieron referencia a los efectos o resultados de éstos en el funcionamiento de los centros, obteniendo 404 segmentos (31%). Estos segmentos estaban agrupados en 121 códigos y subcódigos (46% de la codificación abierta) con diverso grado de densidad.

A partir de la selección de los segmentos codificados relativos a los métodos de pago y sus efectos, se procedió al análisis textual de codificación axial.

A partir del análisis axial se obtuvieron cuatro códigos superiores:

- Mecanismos de pago a los CSMC identificados.
- Logros o efectos positivos del financiamiento a los CSMC.
- Efectos negativos del sistema de financiamiento a los CSMC.
- Mecanismos de pago deseados.

Los entrevistados identificaron siete mecanismos de pago a los CSMC. Evidenciaron que el uso de esos mecanismos es heterogéneo en cada centro del país y en algunas ocasiones se desconoce cómo realmente operan. Concordaron en considerar un gran acierto de financiar este tipo de estrategia de atención especializada comunitaria en el país. Destacaron la contribución que realizan los CSMC a la respuesta a los problemas de salud mental de la población, señalando una serie de logros. Al mismo tiempo identificaron los efectos negativos asociados al sistema de financiamiento que han tenido los CSMC, en particular al contravenir principios y objetivos del modelo de salud mental comunitaria. Los entrevistados también expresaron los elementos que deberían ser considerados a la hora de diseñar mecanismos de pago a los

CSMC. Una descripción más detallada se presenta a continuación. Un esquema de las categorías se resume en la Tabla 10, y a continuación se describen los resultados.

Tabla 10. Códigos y subcódigos sobre los efectos de los mecanismos de pago a los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC).

Código	Subcódigo
Mecanismos de pago identificados.	<p>Plan de Garantía Universal en Salud.            Pago asociado a una canasta de prestaciones.            Presupuesto anual prospectivo histórico.            Presupuesto proveniente indirectamente del pago por GRD a un hospital.            Recursos municipales reasignados.            Convenios con organismos gubernamentales del intersector.            Proyectos concursables para organizaciones comunitarias.</p>
Logros o efectos positivos del financiamiento a los CSMC.	<p>Mayor cercanía, cobertura y contexto de la atención.            Logros clínicos.            Mayor posibilidad de participación usuaria.</p>
Efectos negativos del sistema de financiamiento a los CSMC.	<p>Usuario, Proveedor y Pagador no identifican un sistema de financiación de los CSMC.            Las lógicas de financiación a los CSMC no estimulan la implementación del modelo de salud mental comunitaria.            Los mecanismos de financiación terminan generando problemas en la gestión local de los CSMC.            Se desincentiva la integración de la familia a los tratamientos.            Abandono de tratamiento por barreras geográficas.            Personas que trabajan no tienen acceso.            Actividades se terminan centrandose en diagnosticar.            Mecanismos limitan la integralidad y continuidad de cuidados.            Actividades comunitarias son las más afectadas negativamente.            Riesgo de cronificación de las personas atendidas.            Subalternidad en la relación con los usuarios.            Tensiones en la relación con organizaciones de usuarios.            Participación termina siendo menos relevante.            Efectos negativos en la organización y funcionamiento del recurso humano.            Cuestionamiento a la instalación del modelo de CSMC.</p>
Mecanismos de pago deseados.	<p>No se trata sólo de más presupuesto.            Financiar acciones concordantes con el modelo comunitario.            Mecanismos de Pago con nuevas orientaciones.            Incentivos a retenciones de profesionales.</p>

## **Mecanismos de pago identificados.**

Los expertos entrevistados identifican siete mecanismos de pago a los CSMC, implementados en forma heterogénea:

### **1) Plan de Garantía Universal en Salud.**

Se identifica el pago por una canasta acotada de prestaciones que está asociada a un diagnóstico incorporado en el decreto supremo que define el Plan de Garantía Universal en Salud (GES). Son cinco diagnósticos incorporados al decreto: primer episodio de esquizofrenia; depresión en mayores de 15 años; trastorno afectivo bipolar; trastornos por uso de drogas en menores de 20 años; enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Se evalúa como un avance que el GES incorpore problemas de salud mental, porque ha garantizado el acceso, la oportunidad y la protección financiera de la atención, logrando controlar el tiempo de espera para el ingreso al tratamiento. El seguro público paga por persona atendida en un diagnóstico. Algunos CSMC no atienden estos problemas por la vía GES, argumentando que la ley establece que para hacerlo el establecimiento debe contar con la acreditación de calidad que otorga la Superintendencia de Salud, aunque esto aún no está realmente regulado para ninguno de los CSMC en el país (garantía de calidad). Se plantea que en la implementación del GES hay tres problemas. El primero es que los usuarios ingresan al tratamiento de psiquiatría general en los centros, y los médicos psiquiatras o los psicólogos no son necesariamente especialistas en las enfermedades mentales señaladas. El segundo es el cuestionamiento a los límites de edad que se establecieron, siendo una barrera en el acceso cuando no se han alcanzado esos límites. El tercero es que la canasta se paga al establecimiento que ingresa al paciente y no resguarda la importancia de cuidados compartidos o la transición hacia el nivel primario, haciendo que los usuarios se mantengan en el nivel secundario para acceder a las prestaciones y en particular a los medicamentos.

*“Yo creo que sería una observación para Fonasa que ellos se dieran cuenta de que para estas enfermedades realmente no hay un límite de edad. Yo no puedo pensar que una persona la voy a atender porque ya cumplió los 15 años o no la puedo atender porque ya tiene 21. Y es una cuestión, son restricciones que no deberían existir para mi entender. Yo creo que esta es una de la observación importante que le podríamos dar a Fonasa” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“en el caso del tema GES, estamos asociados con metas sanitarias GES. Atención 100% el cumplimiento de garantía. Pero tampoco nosotros tenemos un incentivo con eso más allá, digamos, de cumplir con la meta. Pero, digamos, se atiende obviamente dentro de los plazos, pero como cualquier otro usuario que llega una interconsulta desde todos los lugares de derivación.” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“son algunos problemas de salud que son de salud mental, pero que esa intervención sanitaria se hace en nivel ambulatorio y eso si lo tenemos en ese arancel ... Y eso como decía, no son prestaciones solas, son canasta, o sea es paquetizado, le puede llevar la consulta, le puede llevar fármaco, el control de psicólogo o de otro profesional, claro, pero así se llama ambulatorio. Y esa intervención sanitaria del GES, por ejemplo, es un problema de salud mental, va a ir por ese arancel ambulatorio.” (Experto pagador, mujer, nivel nacional)*

## **2) Pago asociado a una canasta de prestaciones.**

Se identifica el pago por una canasta o paquete de prestaciones que está asociado a un diagnóstico y que forma parte de una política de financiamiento más global denominada Programa de Prestaciones Valoradas (PPV). A diferencia del plan GES estas canastas no cuentan con garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. Esta forma de pago a los CSMC fue la más relevante desde el año 2000 hasta 2019. Hay una visión positiva de este programa dado que permitió por primera vez identificar, registrar y evaluar la capacidad de producción de los centros, en una primera etapa significó un aumento del presupuesto y visibilidad respecto de los problemas de salud mental en la población. A través de este programa los centros establecían metas de producción prospectivamente. En algunas oportunidades cuando la producción excedía lo convenido, se lograba que el nivel central asignara los recursos para pagar esa mayor producción. Había un seguimiento más exhaustivo de los presupuestos de salud mental. Se señala que este programa dejó de operar justo el primer año de la pandemia COVID-19, lo que ha significado una ambigüedad en el manejo de los recursos por parte de los Servicios de Salud y los propios CSMC. Esta decisión formaría parte de un cambio en la estructura de los presupuestos hacia los hospitales, que pasó a un programa de pago por Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD). Esta modalidad paga por egreso hospitalario en un mix de complejidad, de acuerdo con una clasificación basada en el consumo de recursos en la atención y los antecedentes clínicos. Este cambio dejó pendiente la definición de los mecanismos de pago para la atención



ambulatoria especializada, nivel secundario, que afectó a los CSMC en su conjunto. Lo que definió el ministerio de salud con el seguro público fue la estimación del presupuesto PPV que recibieron los CSMC en 2018 y lo consideró la base de cálculo para mantener presupuestos para los siguientes años hasta la actualidad. Esta es una medida cuestionada por los entrevistados de los CSMC y los Servicios de Salud. Aun con la evaluación positiva del PPV, los expertos entrevistados señalan que este programa presentaba algunos problemas. Uno de ellos era la valorización de cada canasta, señalando que el arancel establecido por el seguro público estaba muy por debajo del costo de la atención. Otro problema era la composición de las canastas, en términos que requerían ser actualizadas considerando prestaciones de tipo comunitaria con mayor presencia y arancel, dado que las canastas propiciaban la atención clínica reducida al box y el tratamiento farmacológico. Por otra parte, la visibilidad de las canastas provocó la identificación de diagnósticos y de prestaciones que no estaban consideradas en las PPV, lo que a juicio de los entrevistados era necesario de incorporar. Entre ellas se mencionan la posibilidad de acciones de articulación clínica entre los niveles de atención, la subvención de transporte para los usuarios, el seguimiento, acciones para la reinserción sociocomunitaria o sociolaboral, talleres en los territorios, actividades preventivas, entre otras. A partir de la pandemia Covid-19 se identifica la necesidad de definir y valorizar prestaciones de atención a distancia, dado que el mayor soporte de atención telefónica o consultas virtuales fue posible gracias a que los profesionales hicieron uso de su equipamiento, cuentas telefónicas, internet y servicios de videoconferencias personales. También han sido esfuerzos locales para acompañar a los usuarios a conocer y adaptarse a estas tecnologías en la atención. Hay una visión crítica en términos de que las canastas fueron priorizando y otorgando mayor arancel a las consultas médicas individuales, en desmedro de acciones grupales y en la comunidad.

*“pero probablemente así fue hasta el 2019. En este caso gran parte del nivel de especialidad incluyó los centros, se financiaban bajo el mecanismo PPV y esa era la gran vía de financiamiento que tenía asociado a la canasta de un problema de salud específico creado por una comisión técnica de expertos validada por Fonasa y que entregaba un arancel a la prestación con ciertas prestaciones trazadoras probablemente que definían el pago o no de cierta canasta previo registro*

*por cada centro en SIGGES de cada usuario” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“En general, el mecanismo de pago, digamos más, más clásico o que siempre tuvimos fue el PPV, es decir, pago por prestación valorada, que nos permitía quizás tener como un buen manejo del presupuesto era de alguna forma un pago por producción. Sin embargo, el PPV se acabó desde hace algún tiempo atrás” (Experto pagador, hombre, zona central)*

*“Por ejemplo, hay canastas que tienen que ver con depresión, con esquizofrenia, con trastornos mentales y del comportamiento, pero, por ejemplo, no existe la canasta de trastornos de la alimentación, de trastornos de la personalidad u otros trastornos que finalmente tienen otros diagnósticos” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“Para empezar Fonasa paga una miseria por las prestaciones, encuentro que es vergonzoso. No sé así como mil quinientos pesos, no sé, una cuestión así, horror. Un valor, realmente debería ser un valor realmente de mercado. Y si no tan, no sé, un valor real para empezar” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“no hay presupuesto o no hay pago para poder hacer, por ejemplo, adquisición de teléfonos móviles, de planes de telefonía, de notebook. Con duras penas logramos comprar cuenta de Zoom, por ejemplo, de Zoom premium, para que se pudieran hacer algunas atenciones clínicas en ese contexto. Pero la verdad que es súper difícil, sobre todo porque hay una brecha, hay una brecha material que es tremenda y hay otra brecha que es tecnológica. Y en esa brecha tecnológica que a nosotros también nos gustaría resolver, por ejemplo, capacitando a nuestros usuarios en una alfabetización tecnológica, también. Es súper complejo obtener recursos para poder financiar una acción dirigida a los usuarios, es complejo.” (Experto pagador, hombre, zona central)*

### **3) Presupuesto anual prospectivo histórico.**

Se identifica el pago de un presupuesto anual definido prospectivamente que se mantiene en los último tres años, salvo pequeños reajustes asociados a los indicadores de inflación monetaria de la estadística oficial del país. Este presupuesto se reconoce como Programa de Prestaciones Institucionales (PPI). Los expertos entrevistados evaluaron negativamente este mecanismo, en cuanto es un programa que considera un presupuesto histórico para todo un Servicio de Salud (área sanitaria) en el cual no está identificada la proporción correspondiente a los servicios de salud mental, por tanto, tampoco a los CSMC. Especialmente en estos centros resintieron el cambio de mecanismo de paquetes valorados (PPV) hacia una estimación de presupuesto global (PPI) a

partir de 2020. Este nuevo mecanismo ha implicado perder la evaluación de la capacidad de producción de los CSMC y un estancamiento en la posibilidad de incremento anual de recursos. Los entrevistados coincidieron en que el monto del presupuesto es insuficiente para cubrir el costo de la producción actual de estos centros.

*“Está dentro del presupuesto del Servicio, no es un presupuesto que quede marcado, sino que está basado en la ejecución del año 2018, que fue el último año que tuvo cierta normalidad, porque el año 2019 no es para nada normal. Entonces, en base a la ejecución 2018 presupuestaría en base a PPV, más lo que tenían de PPI los centros, se establece el presupuesto que debían tener a partir del 2020,2021, los centros. Pero insisto, hay un presupuesto que hay que salir a pelear y que no tiene ningún tipo de identificación en el presupuesto” (Experto pagador, hombre, región central)*

*“no tenemos PPV ni tampoco se nos ha exigido una cierta producción... la producción tiene que ver con la meta sanitaria, por lo que nos compromete la programación, pero hasta donde yo sé no va ligado al tema económico o al presupuesto del centro... como nosotros tenemos un presupuesto base, digamos, de funcionamiento, eso no incide en el tipo de prestaciones que se entrega. Yo diría que más bien la disponibilidad de ciertos recursos podría limitar el tipo de prestación, pero me refiero a cantidad de horas de disponibilidad de profesionales. Pero no, no digamos algún tipo de pago o de incentivo” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

#### **4) Presupuesto proveniente indirectamente del pago por GRD a un hospital.**

Los expertos entrevistados señalan que en el caso de algunos CSMC dependientes administrativamente de un hospital, no conocen realmente un presupuesto anual. La administración del hospital cubre directamente los gastos de la dotación de recurso humano, de las instalaciones y de la operación. En estos casos, los entrevistados suponen que los recursos para cubrir esos gastos provendrían del pago por GRD a los hospitales (Grupos Relacionados al Diagnóstico, que paga por egreso hospitalario asociado al consumo de recursos), dado que desde 2020 los hospitales comenzaron a ser financiados mediante este mecanismo eliminando el pago por paquetes de prestaciones en donde se consideraban los diagnósticos de salud mental (PPV). Este mecanismo resultó aun confuso y proveniente de conversaciones informales para los expertos entrevistados.

*“pero desde yo diría 2020 en adelante, hay un cambio ya de gestión en términos de lo que ahora se hace con GRD. Y eso lo lleva una unidad aparte que la unidad de gestión GRD donde se organiza de tal manera con los diagnósticos, se formaliza el diagnóstico cierto y se revisan los pagos desde el diagnóstico. Eso es lo que yo entiendo” (Experto pagador, mujer, nivel nacional)*

*“Mira, yo sé que hay un sistema que para los hospitales se utiliza, yo no lo he estudiado mucho, pero lo menciono, pero no lo conozco mayormente, que es algo del GRD. Yo no trabajo como asesor para hospitales, pero sí he escuchado ese tema que financian habitualmente los GES. (Experto pagador, mujer, zona sur)*

### **5) Recursos municipales reasignados.**

Los expertos entrevistados señalan que, en el caso de algunos CSMC con dependencia administrativa municipal, parte de los recursos asignados a los centros provienen de los presupuestos para el nivel primario de atención. La atención primaria de salud municipal es financiada mediante un mecanismo per cápita por población asignada junto con programas de reforzamiento asociado a metas de cobertura o prestaciones. No es claro para los entrevistados de qué línea específicamente vendrían los recursos municipales reasignados a los CSMC.

*“Y el principal mecanismo de financiamiento en el caso de lo que más conozco de la Región Metropolitana tenía que ver con recursos municipales, mayoritariamente recursos asignados a la atención primaria. Era como sacarle recursos de atención primaria para financiar los COSAM” (Experto pagador, mujer, zona metropolitana)*

### **6) Convenios con organismos gubernamentales del intersector.**

Los Servicios de Salud mantienen convenios con otros organismos de gobierno a través de los cuales se financian acciones de salud a ciertas poblaciones. Estos convenios se producen en el marco de acuerdos interministeriales. Los expertos entrevistados identificaron seis tipos de convenios en los cuales los CSMC son receptores de los recursos, asumiendo la obligación de la atención que establece el convenio. Hay una gran heterogeneidad en los CSMC que acceden a alguno de estos convenios, con excepción del convenio para atención de personas con trastornos mentales asociados al uso de drogas que sería bastante generalizado.

- a) Convenio para la atención de personas con trastornos mentales asociados al uso de drogas, con el Ministerio del Interior, a través del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Se pagan paquetes de prestaciones asociados a tipos de tratamiento ambulatorio definidos. Los expertos entrevistados valoraron positivamente el arancel definido para los paquetes, la composición de las prestaciones, la regularidad de los pagos y el sistema de gestión del cumplimiento del convenio. Es común que los CSMC tengan este convenio.
- b) Convenio para la atención de trastornos mentales de personas de calle, con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Se establece un número de usuarios de referencia, aunque el pago se concreta a través de informes técnicos periódicos que dan cuenta de la implementación del convenio.
- c) Convenio para la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos y derivados desde el sistema nacional de protección social. Inicialmente este convenio se sostuvo con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través del Servicio Nacional del Menor (SENAME) que fue sometido a reformas. Este fue reemplazado recientemente por el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez) dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. El mecanismo es por persona tratada.
- d) Convenio para la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes que tienen al adulto responsable principal privado de libertad con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. El mecanismo es por persona tratada.
- e) Convenio para la atención de salud mental de personas con discapacidad con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a través del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). No quedó claro el mecanismo de pago específico que usa el convenio.
- f) Convenio derivado del sistema intersectorial para la atención de la población penal con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. El mecanismo es por persona tratada.

*“Ellos [SENDA] mantienen esa lógica muy, muy parecida a las PPV. Ya tenemos convenio básico e intensivo de intervención que se hace con los pacientes con consumo y dependencia de las drogas. Entonces un plan básico tiene actividades asociadas a este que mínimo cuatro intervenciones mensuales, un plan intensivo mínimo 10. Te estoy hablando todo lo económico, no, no de la calidad de la atención. Mínimo diez intervenciones mensuales y por eso te pagan un monto, digamos, de dinero” (Experto proveedor, mujer zona sur)*

*“Le entrega [al CSMC] el SENDA 53 millones más” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“También lo administra el hospital. Llega directamente a la subdirección del Hospital Administrativa y ahí efectivamente hay un fondo del que, un poco lo mismo, no manejo el número exacto, pero efectivamente para compras, para gestión de cosas. El Subtítulo 21 y Subtítulo 22 de Senda viene asociada a dinero. Por lo tanto, muchas veces para comprar una impresora, habilitar cosas, reparar cosas acá en el mismo centro, nosotros accedemos a esos fondos. Yo me comunico directamente con el subdirector administrativo y el rápidamente aprueba porque está ese ítem que es los dineros Senda” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“para tratar personas en situación de calle, específicamente personas que no acceden al sistema regular, digamos, y que nosotros salimos a buscar a la calle o tratamos de acercarles la atención a su contexto de vida, a su ruta de día... es en realidad es un poco distinto porque es un convenio y el pago en realidad se genera más bien en base a informes técnicos que a número de usuarios atendido. Es decir, se nos asegura un monto independiente, que igual hay un número de usuarios a tratar ideal, pero no siempre se logra y el pago igual se hace íntegramente” (Experto pagador, hombre, zona central)*

### **7) Proyectos concursables para organizaciones comunitarias.**

Los expertos entrevistados señalaron que para realizar acciones que permitan promover la generación de agrupaciones de usuarios y actividad comunitaria asociada, deben recurrir a proyectos concursables destinados a organizaciones de la sociedad civil. Estos son apreciados, aunque se cuestiona la fragilidad que este mecanismo tiene para mantener en el tiempo las estrategias de participación social y comunitaria que han resultado exitosas. En algunas oportunidades estos fondos han sido utilizados para habilitar los espacios de las instalaciones de los CSMC, lo que es criticado por los propios centros, pues señalaron que eso debería cubrirse con los presupuestos regulares a los centros.

*“es lo que he venido haciendo hace diez años, que, si no hay fondos, si no hay recursos, bueno, hay que buscar fondos a otros lados y hacer*

*proyectos y con eso contribuir a mejorar la condición. Porque hay muy pocos recursos... y es que la sociedad civil o la activista a través de proyectos están logrando mantener un poco a flote el estado de salud de las personas” (Experto usuario, hombre, zona sur)*

*“nosotros tenemos una agrupación que se armó el año 2016 con esta agrupación, al tener personalidad jurídica hemos logrado recursos, pero por proyectos, por proyectos muy sacado y hemos adquirido cosas tanto para el centro como para la misma agrupación, para poder trabajar y acceder a la comunidad. Por ejemplo, computadores, teléfonos, no es cierto, todos para poder salir a hacer actividades con la comunidad, mesa plegable y todo” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

Por otra parte, se observa que para los expertos entrevistados hay situaciones en la gestión del gasto que terminan siendo **confundentes o mediadores de los mecanismos de pago**, pues introducen reglas que los pudieran estar afectando. El primero de ellos es el pago de la dotación de cargos de recursos humanos cuando los CSMC dependen administrativamente de los Servicios de Salud o de un Hospital, pues entienden que esa plantilla viene señalada en el presupuesto como gasto de remuneraciones (señalado como Subtítulo 21) que están obligados a cubrir.

*“el recurso humano como ya llega a la partida cierto de la glosa del subtítulo 21 ya no se considera como un gasto extra, pues ya son parte de la dotación” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

Lo segundo son las definiciones de tipo de beneficiario del seguro público, clasificados de acuerdo con la base de remuneración sobre el cual se cobra el 7% para salud. El tipo A sin capacidad de cotizar y el tipo B de cotización mínima están exentos de cualquier copago. Los tipos B y C de cotizaciones más altas se les aplica un porcentaje de copago. En el caso de los CSMC en la práctica tendrían atención gratuita en todos los casos, aunque en aquellos centros dependientes administrativamente de un Hospital a veces éstos si aplican el copago para acceder a atención. También acceden otros beneficiarios provenientes de programas específicos, como el Programa de Reparación Integral para Víctimas de Violencia del Estado durante la dictadura militar 1973-1990 (PRAIS), y en el caso de los convenios con el intersector se exige que los beneficiarios estén adscritos al seguro público.

*“Nosotros atendemos a todos los usuarios Fonasa, indistinto a su letra. Como no tenemos caja recaudadora, que ha sido un tema que no se ha resuelto a nivel de Servicio de Salud desde que yo estoy en el centro el año 2018, la intención es habilitar caja recaudadora, pero no contamos ni con el personal adecuado, ni la instalación adecuada para poder echar a andar este proyecto. Por lo tanto, todas las letras Fonasa que se atienden con nosotros hay gratuidad. No hay un cobro posterior” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

En tercer lugar, mencionaron las reglas institucionales para la compra de medicamentos. La norma exige priorizar la compra centralizada de medicamentos, a nivel de Servicio de Salud para toda la red asistencial, a través de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) que opera como mediador con la industria farmacéutica obteniendo mejores precios. No hubo claridad acerca de cómo se identifica este gasto en el presupuesto destinado al arsenal farmacológico de los CSMC, así como el delta que se produce con aquellos fármacos que hay que adquirir mediante licitación local. Por otra parte, se advirtió que los medicamentos no siempre están disponibles para los usuarios incluso cuando se garantiza en las canastas de prestaciones o bien las canastas no incluyen los medicamentos prescritos por el médico psiquiatra.

*“acá se compran los medicamentos, nosotros programamos, hacemos la evaluación por cada centro, lo trabajamos con nosotros, no tenemos químicos [farmacéuticos] en los centros, tenemos una unidad acá en el Servicio que es unidad de apoyo, que tiene un área de farmacia que nos asesora y hay alguien que compra que es un químico [farmacéutico]. Y siempre me preguntan ¿cuál es tu financiamiento? No, si está lo deberían llegar, cierto, pero finalmente el Servicio asume nomás, compra lo que hay que comprar en ese sentido por CENABAST, ¿cierto? Y el resto de lo que no esté en CENABAST que sea un poco más específico se licita. Entonces, finalmente, si nos pasamos del presupuesto, el Servicio igual lo compra” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

*“Los medicamentos son mucho más caros de lo que dice ahí o de lo que pueda finalmente comprar. La compra no siempre está en la CENABAST. Uno calcula como que la CENABAST puedes comprar el 70 por ciento de los fármacos de una canasta anualmente y tenía también un delta que las compras mucho más caras, que son un 30 por ciento” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“yo creo que ampliar la canasta de medicamento en primer lugar, porque muchos pacientes que son de muy escasos recursos y no tienen para continuar un tratamiento y lo abandonan por no tener, porque como le decía anterior el medicamento que tiene el COSAM no, a lo mejor no es el idóneo y el psiquiatra o psicólogo le dice tiene que comprar o ver este*



*otro porque nosotros no lo tenemos. Yo creo que en primer lugar el medicamento.” (Experto usuario, mujer, zona central)*

*“Sí, el déficit siempre, siempre hay déficit. O sea, un ejemplo, por ejemplo, el GES. El GES garantiza los medicamentos, pero a mí ya unas cinco o seis veces en estos últimos seis años el medicamento no está en ese, no está y no está en farmacia. Y eso está garantizado así que yo hago el reclamo a la OIRS y eso le llega al hospital. Pero eso no me sirve porque pasan 15 días y ese día no tengo el medicamento.” (Experto usuario, hombre, zona sur)*

En cuarto lugar, los expertos entrevistados plantearon que los sistemas de registros de prestaciones priorizan la producción de consultas individuales. Estos registros suelen ser ocupados como respaldo para el pago de la producción a los centros, lo que se interpreta como un menoscabo a la producción de acciones comunitarias.

*“No me pagan por actividades comunitarias, o sea, de hecho, lo más comunitario que existe a nivel de registros es algo así como las consultorías, la consultoría de comunitario tienen re poco. Es como trabajo en red. Entonces también como conceptualmente si es que el financista cree que además consultoría hecha por psiquiatra, porque si no está el psiquiatra haciendo la consultoría tampoco te la pagan” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

Por último, algunos de los expertos entrevistados señalan que las reglas de pago no son claras a causa del rol de las políticas públicas en este campo, existiendo un vacío en las definiciones políticas respecto de los mecanismos de pago a los CSMC.

*“Entonces, en ese minuto, claro, se veía muy bonita la idea de tener un modelo de gestión que incorporara todo un tema económico. Digamos que eso sustentara lo que uno tiene que hacer en salud mental. Pero han pasado siete años y todavía no hemos visto, por lo menos localmente te hablo. Quizás a lo mejor a nivel nacional ha habido otros avances, pero localmente nosotros hemos estado casi en las mismas. Tanto uno cuenta con los mismos fondos, con la misma administración” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

### **Logros o efectos positivos del financiamiento a los CSMC.**

Los expertos entrevistados concordaron en valorar positivamente la implementación de Centros de Salud Mental Comunitaria en el país,

considerando el sólo hecho de financiar los centros como un logro para el sistema de salud. Se identificaron algunos aspectos más relevantes de este logro.

**a) Mejor cercanía, cobertura y contexto de la atención.**

Para los expertos entrevistados, gracias a los CSMC, la atención de salud mental se acercó a la comunidad y los territorios en donde las personas viven. Esto permitió comprender mejor la dinámica particular que tienen las diversas localidades, adecuando las intervenciones a los principales problemas de salud mental en los territorios. Aumentó la cobertura de atención en salud mental al situar a los centros a nivel de territorios comunales. También permitió una mayor articulación con el nivel primario de atención.

*“con la creación de los COSAM la salud mental se acercó a la comunidad porque antes nosotros teníamos los hospitales psiquiátricos que eran algo cerrado, era algo como una burbuja que no entraban, no tenía acercamiento con la comunidad. Incluso yo le puedo decir que el hospital psiquiátrico de acá es complejo el acercamiento a la comunidad, en cambio con COSAM no. Los COSAM trabajan con las comunidades” (Experto usuario, mujer, zona central)*

*“yo creo que uno de los logros importantes ha sido acercar la atención de salud mental a las comunidades, a las personas, comprendiendo la dinámica de lo particular que tienen los distintos territorios en nuestro país. Es decir, quizás logrando identificar que los territorios alimentan a las personas y las personas alimentan a los territorios en sus particularidades. Por lo tanto, generando distintos problemas de salud de acuerdo con esta distinta realidad. Yo creo que eso ha sido un tremendo, un tremendo logro” (Experto pagador, hombre, zona central)*

*“Yo siento que, en realidad, el principal logro del centro de Salud Mental Comunitario tiene que ver con eso mismo, con su nombre. Es llevar, acercar, la especialidad a las comunidades, a la familia y las personas, estando un poco más incluida dentro del territorio mismo” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“Los principales logros de lo que uno podría observar tiene que ver con aumento de cobertura de atención a la población, o sea, en la medida que se descentraliza la atención y se acerca, digamos, a un lugar de origen de las personas... Uno observa muy fuertemente que se genera un aumento de cobertura, o sea, mejora muchísimo el acceso” (Experto pagador, mujer, zona metropolitana)*

**b) Logros clínicos.**

Los expertos entrevistados plantearon que las personas son mejor atendidas en los CSMC, el tratamiento es más integral y personalizado. Se refiere que mejoró la adherencia, mejoraron las altas y se evitaron más hospitalizaciones psiquiátricas.

*“las tasas de hospitalización también son bastante más bajas. Y la cantidad de gente que se requiere hospitalizar por descompensaciones para nosotros, no sé, podría ser una persona al mes. Si es que. De una población bajo control de 700 y a veces ninguna. Entonces es un elemento también bien importante como dato duro a considerar” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“en general a la familia, que yo estoy constantemente con ellos, están muy agradecidos de este centro. Del equipo de profesionales que hay, la acogida que tienen cierto, la preocupación que tienen los profesionales” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“yo creo que el principal logro o cambio que podríamos ver con relación al modelo antiguo tiene que ver con la adherencia, con las altas también, la mayor incidencia de altas, y la adherencia del usuario a este modelo de atención. Creo que eso es como los elementos más importantes en cuanto a lo clínico” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“Si hace una política súper acertada, porque como le decía al principio, es otra la atención que da el COSAM a la que da el establecimiento en sí el hospital psiquiátrico. Entonces son otro, otro mecanismo, otra atención. La gente se siente mejor... la gente se siente más integrada en los COSAM que los hospitales psiquiátricos, porque el hospital psiquiátrico tenemos la atención y para la casa, ¿me entiende?” (Experto usuario, mujer, zona central)*

### **c) Mayor posibilidad de participación usuaria.**

Se describió a los CSMC como un lugar en donde las relaciones son respetuosas y se considera relevante la participación de los usuarios en las decisiones sobre sus tratamientos, y sobre las actividades en general de estos centros. Aunque plantearon que existen muchos desafíos en participación de usuarios, la apertura de los centros en la comunidad amplió la posibilidad de la incorporación activa de los usuarios en los servicios de salud mental.

*“En eso de cómo ha sido, como a pesar de todo lo que estaba comentando, de las dificultades económicas de los centros, pero ha sido una apuesta a tener una participación de los pacientes, con los pacientes, incluidos los pacientes” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

## **Efectos negativos del sistema de financiamiento a los CSMC.**

Los expertos entrevistados defienden los logros en la implementación de los CSMC, pero identificaron efectos negativos asociados las reglas de financiamiento que éstos han tenido, y que señalaron como muy heterogéneas. Se organizaron en quince categorías conceptuales identificadas como efectos negativos asociados a la financiación, en algunos casos atribuidos directamente a algún determinado mecanismo de pago.

### ***a) Usuario, Proveedor y Pagador no identifican un sistema de financiación de los CSMC.***

Aun cuando hay presupuesto público disponible para el funcionamiento de los CSMC los expertos entrevistados no reconocieron que exista realmente un sistema lógico de financiamiento a estos centros. Apreciaron un conjunto desarticulado de estrategias de pago sin coherencia clara e implementados heterogéneamente en los CSMC. Lo que terminó ocurriendo es que los CSMC no han recibido un incremento notorio de recursos que le permita mayor desarrollo, percibiendo al sistema desfinanciado a la luz de la demanda de atención y la capacidad productiva alcanzada.

*“Son difusos, son difusos, se sabe que existen. Pero creo que no forman parte de una estrategia mucho más global, a mi juicio. Y visto esto, me refiero, quiero referirme exclusivamente al juicio del financiamiento. Una estrategia más global, más de mediano y largo plazo, no cierto, y más y más evolutiva. Me refiero, no cierto, a como partimos” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Yo como que no sé, no sé qué pasa, en realidad no sé qué pasa, pero acá igual uno le pone el mayor empeño para que las cosas de una u otra manera funcionen, pero si está en lo que se refiere a eso, yo pienso que falta mucho recurso, mucho recurso faltan. Trabajamos con lo que hay” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“en términos generales, lo que da el Servicio [Servicio de Salud] no alcanza a la magnitud de la cobertura que hoy en día se está entregando. Está absolutamente desfinanciado el sistema. Entonces si tú sumas y restas no alcanza el financiamiento a dar el ancho que corresponde a las prestaciones que estás entregando” (Experto proveedor, mujer zona metropolitana)*

### ***b) Las lógicas de financiación a los CSMC no estimulan la implementación del modelo de salud mental comunitaria.***

Los expertos entrevistados advirtieron que a partir de las diferentes formas de pago se percibe una tensión entre los modelos de atención biomédico y comunitario en la práctica. Observaron procesos de implementación del modelo comunitario disímiles en los CSMC. El sistema de financiación ha provocado una selección de atención de ciertas patologías que otorgan cierto rédito financiero, cuando su arancel es mayor y las exigencias de cumplimiento de prestaciones se reducen a la consulta médica o al retiro de fármacos. Finalmente concluyeron que los mecanismos de pago no están estimulando la implementación del modelo comunitario y observaron retrocesos atribuido a esto.

*“Entonces cuando estamos solos son capaces hasta de contar lo que no le han contado al médico. Y nosotros cuando descubrimos que algo está mal, que ellos necesitan más apoyo, lo dirigimos al médico, le contamos y esperamos que ellos se acerquen de igual manera con ellos. También creo que los médicos deberían hacer el trabajo comunitario como se indica en la integración comunitaria, deberían de ser más cercano con los pacientes, con la familia que se atiende, porque aquí, por ejemplo, dicen que tienen que ir a visita, está estructurado, pero ningún médico acá va a visita, y los psicólogos ninguno va a visitas, va una psicóloga y un asistente social que es casi siempre la que sale a visita y al médico casi nunca se acerca” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“Pero también tenían el incentivo de que potencialmente la atención se centraba en aquellas patologías que probablemente tenían mayor rédito financiero más que en las necesidades reales de la población [...] Que, si yo hago “A”, y tengo un usuario que es “B”, tengo un delta que probablemente no me lo están pagando, entonces para qué voy a hacer “B”, si por nada me van a pagar “A”, para eso tengo puros usuarios “A” y el resto lo mando a otro lado” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“O sea, en esa medida también se establece cuando tú priorizas, por ejemplo, la atención de alcohol y droga que es mejor pagada y que no sé qué, de repente, claro, disponer de más recursos destinados a esos equipos respecto de otro en que en realidad te van a pagar igual, como te digo, sólo entregando medicamentos, no sé” (Experto pagador, mujer, zona metropolitana)*

*“nosotros teníamos actividades en este centro que eran como esperadas por los usuarios. Eran esperadas porque yo creo que era como de los pocos espacios que ellos tenían para celebrar o para compartir, para relacionarse de otra manera con nosotros [...] Y últimamente ha sido como un retroceso en ese sentido [...] Eso creo que habíamos logrado hacer cierta equidad en términos de cercanía de la salud a las personas con discapacidades psíquicas. En términos de facilitar, si ellos les costaba mucho venir, nosotros íbamos [...] había incluso más colaboración en término o facilidades económicas que ya no se dan. Eso se había logrado,*

*y ya no [...] ya se había logrado como posicionar la salud mental y psiquiatría comunitaria. Yo en un momento sentí que podíamos hacer muchas cosas porque se entendía, se entendía lo que era. Pero como que eso se acabó. Como que siento que ha habido un retroceso” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

***c) Los mecanismos de financiación terminan generando problemas en la gestión local de los CSMC.***

Los expertos entrevistados reclamaron que la toma de decisiones local respecto al gasto es restrictiva y lo atribuyeron a los mecanismos de pago que se han instaurado. Refieren que es importante que los centros administren recursos para gastos contingentes, en forma de “caja chica” o similar; para contar con materiales y apoyo de café para realización de talleres grupales o comunitarios que permanentemente son cuestionados o desaprobados; o para el gasto en ítems que son lejanos a la consulta en box, porque se orientan hacia un trabajo colectivo y en la comunidad, lo que suele ser incomprendido. Estas dificultades permanentes dificultan las acciones territorializadas, atribuyeron en parte a este fenómeno los daños a la calidad de la atención y a la aparición de listas de espera. Señalaron que se requiere con urgencia buscar alternativas, porque a pesar de todo se mantienen los esfuerzos por realizar acciones grupales y comunitarias.

*“Por ejemplo, si uno lo compara con SENDA, cuando tú tienes posibilidad de hacer caja y rendir pasajes, o qué sé yo, efectivamente, lo usuarios mejoran la adherencia porque tienen un apoyo para poder acceder. Acá no ocurre eso, pero la gente va y accede por sus propios medios. Lo que muchas veces impacta también en la pérdida de horas de atención” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

*“Había que justificar a un sistema que trabaja más bien en un área administrativa y no clínica y que además cuesta mucho entender cierto tipo de gasto que se genera en el centro comunitario. Había que hacer un trabajo como de educación, por así decirlo, con la parte administrativa, para que ellos entendieran cuál era el tipo de gasto y la oportunidad de esos gastos que se requería” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“Entonces, de todas las maneras si tú ves en la lógica se contrapone a lo que establece el modelo de gestión de un COSAM, que es territorialidad, que es estar donde tú atiendes a los pacientes, estar ahí mismo, porque se produce este tema, digamos de tener adosados estos convenios, que son convenios que de alguna forma nos facilitan el recurso, pero que el que, en fin, digamos de alguna forma también no nos da la posibilidad de trabajar territorialmente” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“Debería haber a lo mejor otro sistema que ayudara a llegar al COSAM en forma más, más expedita, más eficiente. Porque en realidad es ahora una burocracia. Porque yo como paciente de CESFAM me tengo que levantar a las 04:00 de partida para pedir hora al médico. Si el médico está de acuerdo, me manda al psicólogo del consultorio, del CESFAM. Pero si ese psicólogo tiene hora, me va a atender. Si no, voy a quedar en una lista de espera. ¿Y qué va a pasar conmigo? Si yo estoy mal. Entonces eso, eso debería solucionarse y debería llegar a una mayor población yo creo. Que eso hay que regularlo” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Un sistema de financiamiento que solo promueve la atención intramural en ciertos horarios, con cierta frecuencia máxima, es de menor calidad [...] se han estado también financiando cosas muy importantes y que han permitido también, como decirlo, ver otras necesidades insatisfechas. Yo no creo que este sistema haya que satanizar el financiamiento. Creo que hay que ser justos con eso. No creo que hayamos estado perdiendo el tiempo. Creo que hay que seguir avanzando, como que en un momento fue una tremenda presión encontrar un modelo. Pero no hay que conformarse en este modelo, hay que seguir explorando” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

**d) Se desincentiva la integración de la familia a los tratamientos.**

Los expertos entrevistados señalaron que la financiación, al orientar a los centros al tratamiento individual, ha dificultado la participación de las familias en los procesos de recuperación, haciendo que ésta última sea más lenta o difícil.

*“Entonces siento que es muy necesario que la familia esté enterada del diagnóstico y saber qué hacer. Y eso no ocurre en los COSAM... Solo es muy difícil. Imagínate si a ellos mismos les cuesta salir de la cama en una depresión porque finalmente te lleva a estar postrado. En muchos casos son depresiones muy largas y las depresiones muy pantanosas. Por lo tanto, salir por sí solo de una depresión cuesta mucho. Cuesta mucho. Por eso es necesario el apoyo de quien vive contigo, para que te ayude a salir de la cama, para que te acompañe en el proceso de ducharte y todo eso cuesta.” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

**e) Abandono de tratamiento por barreras geográficas.**

Una situación recurrente informada por los expertos entrevistados fue la dificultad de transporte de las personas usuarias para asistir al tratamiento, esto es particularmente creciente en personas que viven alejadas de los CSMC, convirtiéndose en barreras geográficas para el acceso a atención. Se asoció a que los mecanismos de pago no resguardan el trabajo territorial de los centros. Las consecuencias descritas fueron el abandono y los tratamientos parciales.

*“Yo pongo un ejemplo, una persona que esté mayormente depresiva no va a querer viajar, y se demora una hora, y que va a ser que esta carretera y a veces la gente termina desertando, termina desertando de los tratamientos. O a veces acuden ya los que tienen algunos más recursos a una consulta particular, pero que se quedan solamente en el control médico y no hay mayores intervenciones de otros profesionales. Eso creo que a veces podría ser uno de los efectos que puede llevar a un abandono o desertar un tratamiento, o que tal vez el tratamiento no sea tan continuo como se debería hacer. Es decir, que, dependiendo de la gravedad del cuadro clínico, semanal, quincenal o mensual, porque en un centro secundario mínimo debería venir cada 15 días a acceder a su tratamiento. Y eso a veces en la práctica no ocurre.” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

**f) Personas que trabajan no tienen acceso.**

Otro efecto negativo descrito por algunos de los expertos entrevistados fue la forma de financiar los centros estructurado para un funcionamiento tradicional en un horario diurno acotado. Las personas que trabajan finalmente tienen una barrera de acceso y terminan descontinuos los tratamientos. Esto resultó contradictorio con el modelo comunitario que pretende favorecer la inclusión laboral de las personas con discapacidad psíquica.

*“yo ahora estoy sin trabajo, pero mientras trabajaba, trabajaba en un horario de oficina normal y las horas que existen, no existen para personas que trabajan. O sea, entonces en qué quedamos con la inclusión laboral para las personas con discapacidad si no nos dan esta flexibilidad... hay que entender que independiente de que existan leyes, no hay educación y conocimiento de los empleadores respecto de lo que significa ser una persona con discapacidad. Entonces, y más aún con una discapacidad psíquica. Entonces que yo tuviese que todos los meses, es decir, no sé, tengo mi hora de psiquiatra, ¿me puedo ir temprano? No, yo no lo hice. Lo hice una vez y el resto me salvó la pandemia, justo porque me hacía el horario ahí entremedio, o hablaba con el doctor de atenderme, acomodar los horarios” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Además respetarle sus horarios laborables. Por ejemplo, hay veces que tienen que trabajar y están citado para tal día y no pueden ir, como solución, no que después digan no le entrego el medicamento, no porque no vino, ¿me entiende?” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

**g) Prestaciones se terminan centrando en diagnosticar.**

Los expertos entrevistados refirieron que, al tener mecanismos de pago centrados en diagnósticos, de los cuales algunos tienen mejor arancel y menor exigencia de cumplimiento de actividades trazadoras, éstos terminaron incentivando que la actividad clínica se concentrara en el diagnóstico, en



desmedro del incentivo sobre los cuidados integrales y los resultados en los usuarios.

*“Hemos afinado el ojo de tal manera que somos muy buenos diagnosticando ahora, no necesariamente buenos tratantes. Yo creo que se ha incentivado y eso es bueno. Se ha incentivado un diagnóstico precoz. Eso es muy importante, sobre todo en esquizofrenia, primer brote y en todo el resto de la enfermedad mental. Qué maravilla que ya no va a demorarte [...] Pero insisto, es un avance que tiene un lugar muy importante, pero no suficiente. ¿Qué pasa después? ¿Cómo seguimos? [...] insisto, seguimos en la lógica de continuar con un buen diagnóstico, pero no hemos avanzado tanto en la terapéutica, en la clínica integral” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“Ese fue un tema de conversación, de que, si el diagnóstico no era una PPV, tenía que ponerse el diagnóstico, que era nada más ideal que fuera así una PPV. Pero nosotros también los dejamos registrados para que el compañero, si hay alguna duda... el diagnóstico ideal que se acerque a una PPV, porque esa PPV tiene un pago. Ahora no todos lo saben, a veces hay que estar induciendo ahí porque viene marcado en negrita. Estos son los verdaderos PPV. Las que se pagan, y después vienen las trazadoras. Viene asociado un costo y todo eso.” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

#### ***h) Mecanismos limitan la integralidad y continuidad de cuidados.***

Los expertos entrevistados refirieron que el pago, al priorizar las consultas individuales, desconoce que los trastornos mentales requieren cuidados integrales. Cuando los casos son muy complejos se requiere atención compartida entre varios dispositivos de atención, de distintos niveles, y los mecanismos de pago han restringido esta posibilidad. Por otra parte, hay acciones que no se contemplan, como la intervención en crisis o el seguimiento de los pacientes. Esto atenta contra la integralidad de la atención.

*“O sea, lo que claramente no incentiva, claramente, es los cuidados compartidos [...] muchas veces en situaciones muy complejas, por ejemplo, de personas que tienen situaciones bien difíciles, se ha intencionado, por ejemplo, la intervención simultánea por más de un equipo, por ejemplo, de dos establecimientos. Y eso no es posible [...] hacer una transición, no sé, más gradual, acompañar el hospital de día y el ambulatorio. O sea, si eso está en distintos establecimientos, en el fondo, como que tú no puedes financiar la atención en dos partes. O sea, hay uno que no se va a pagar. Y eso entonces ahí se ha constituido como en una limitante.” (Experto pagador, mujer, zona metropolitana)*

*“Las más clínicas [las actividades], que son las que en general se afectan, tienen menos afectación o están quizás menos o menos tocadas por los*

*vaivenes del presupuesto. Entonces son las clínicas, las intra-box en general, las que se ven menos afectadas.” (Experto pagador, hombre, zona central)*

*“La mayoría de las personas del COSAM, que se atienden en el COSAM, no tienen acceso a la atención de urgencia, digamos, o de consulta con su psiquiatra. A no ser que pasen dos meses o cuando haya hora. No es algo que uno pueda pedir rápidamente una hora de revisión. Y, por otro lado, ir a la urgencia. Eso implica ir a la urgencia y que te den una pastilla para calmar algo. Pero los síntomas del episodio continúan por más tiempo y ahí no hay un tratamiento adecuado como ellos lo pueden hacer.” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Y que haya un seguimiento real de los pacientes. Yo por lo menos me he dado cuenta de que los pacientes se van, no vuelven más y nadie se preocupa ¿Qué pasa con ellos?” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

***i)Actividades comunitarias son las más afectadas negativamente.***

Se planteó que las actividades comunitarias que debe realizar el CSMC no están visibilizadas en los sistemas de financiación a los centros, y que son las más afectadas negativamente a causa de los mecanismos de pago. De acuerdo a los expertos entrevistados la naturaleza de estas actividades no ha sido comprendida por el sistema de financiamiento.

*“Dentro de los lineamientos de acción, la participación comunitaria como marco, como un eje demasiado relevante, está poco incorporado en los presupuestos, está poco incorporado también en los bienes, en los servicios a los cuales se les da, se les da compra” (Experto pagador, hombre, zona central)*

*“Y las que requieren mayores recursos, mayor despliegue de recursos que son en general la más comunitaria, son las que más se afectan. A veces también, porque cuando generamos actividades, por ejemplo, en la comunidad, es bueno también aparecer con, no sé, con un jugo o con un café. Y a veces esas cosas también son súper difíciles de adquirir. Y eso también por supuesto que afecta, porque la gente no llega o la gente siente que no nos ha dado el tiempo suficiente para armar el espacio como un espacio acogedor” (Experto pagador, hombre, zona central)*

***j)Riesgo de cronificación de las personas atendidas.***

Los expertos entrevistados describieron que cuando los mecanismos de pago exigen permanencia de los usuarios para acceder a los tratamientos, por ejemplo, cierto arsenal farmacológico, finalmente termina ocurriendo un proceso de cronificación en los CSMC, lo que resulta contrario al modelo comunitario.

*“si uno lo pensara críticamente, el mecanismo de pago asociado PPV daba cuenta de una mantención crónica de usuario que a lo mejor no tenían que estar en ese nivel de atención y que podría haber tenido resuelta su cosas o que se mantenían solo por un medicamento o algo, el cariño por parte del equipo y pensar que su complejidad probablemente ya no tenía una situación aguda o grave que fuera dando cuenta de la atención en nivel especialidad, y podría estar en atención primaria [...] eso hacía que por un lado yo tuviera usuarios entre comillas, los tenía controlados, estable y que claro, como tenía que asegurar cierto financieramente por PPV, los mantenía durante mucho tiempo y no favorecía su egreso” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“De hecho yo revisaba unas fotos viejas, hay un paciente que lleva más de diez años. Son piedras fundacionales. Y sí, puede ser. No digo que no estoy contra eso. Pero deben ser excepciones” (Experto proveedor, hombre, zona metropoitana)*

### ***k)Subalternidad en la relación con los usuarios.***

Para los expertos entrevistados el debilitamiento de las estrategias comunitarias y la concentración en los diagnósticos trajo consigo la mantención de lógicas de relación jerárquicas y de poder entre los equipos de salud y los usuarios. Los mecanismos de pago trajeron consigo la mantención de la subalternidad en la relación con los usuarios, afectando los procesos de recuperación.

*“Entonces, en ese sentido, el bueno me pasó algo que fue bastante fuerte, que al inicio del proyecto antes de comenzar, una persona del COSAM, no voy a decir quién ni cargo, me obligó a decir mi patología, mi etiqueta psiquiátrica. Y eso pasa a llevar los derechos y deberes del paciente. Pero bueno, eso fue un error mío, eso fue una parte fuerte, porque ahí la persona me dijo y cómo sabemos si va a terminar el proyecto o no. O sea, diciendo oye, si tengo esquizofrenia no puedo terminar el proyecto. O sea, fue como oye, y tu trabajas aquí en un COSAM deberías tener fe, por lo menos en que esto funcione” (Expertos usuarios, hombre, zona sur)*

*“Entonces siento que la relación del paciente con el profesional dentro de las COSAM no es muy activa en el sentido de poder estar en constante revisión de tratamiento o consultas para saber cómo sigue el paciente o simplemente explicarles también, por ejemplo, mira, si vas a entrar en este episodio, tengamos esto como SOS... o sea, dejarlo como preparado en caso de si no puede ver al psiquiatra, porque eso pasa muchas veces” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

### ***l)Tensiones en la relación con organizaciones de usuarios.***

Los expertos entrevistados advirtieron que las organizaciones de la sociedad civil, en particular aquellas que agrupan a usuarios de servicios de salud mental y a familiares, pueden llegar a tener un rol activo para mejorar la implementación

del modelo comunitario en los CSMC. Plantearon que si esto no se acompaña de lógicas de financiación coherentes muchas veces la labor de las agrupaciones se vive con tensión con los propios centros. Se han interpretado las acciones como un activismo denunciante molesto para los CSMC o como instrumentalización de la participación para las agrupaciones, lo que en ningún caso contribuyó a la relación colaborativa en favor de un mismo propósito.

*“Porque eso, eso es lo otro, que por ejemplo yo tengo hasta un grupo de WhatsApp con el Servicio de Salud, pero nosotros no nos llega ninguna información relevante. Lo único que nos mandan una ficha donde están vacunando. Pero no hay nada importante. No. O se nos llama una clase sobre cómo se cura un pie diabético. Y realmente yo no quiero saber eso. Yo quiero saber otra cosa. Yo quiero saber qué pasa con los recursos, a dónde van. Porque siempre se habla de una cantidad exorbitante de dinero, pero a lo mejor con esa plata alcanza, pero se diluye, se pierde [...] Ahí espero que hubiese una mayor fiscalización. Y para eso yo creo que también la participación ciudadana es súper importante y la gente tiene que conocer las leyes. La gente tiene que conocer lo que puede hacer y unirse. La población tiene que unirse y tiene que fiscalizar las entidades y eso falta” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Ellos nos dieron cifras de presupuestos y todo tipo de dato, en el fondo fuimos nosotros quienes visibilizamos los problemas que había en el COSAM ante la autoridad. Ahora yo noto que la nueva directiva está, así como a la defensiva. Como que no confía mucho en nuestra buena voluntad. Pero yo creo que es una cuestión de voluntad por ambas partes. Uno como civil no puede llegar a encontrar todo malo al criticar inmediatamente uno tiene que buscar las razones del porque y tratar de conversar con la autoridad y ver cómo solucionar los problemas. Pero tiene que ser una cuestión mutua, no solamente una crítica negativa desde un principio. Tiene que haber voluntad por ambas partes” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

***m) Participación termina siendo menos relevante.***

Se constató que si los mecanismos de pago no hacen explícita la financiación de las acciones comunitarias que fomenten la participación social de las comunidades, para los actores se está debilitando el modelo comunitario en los CSMC. Esto se termina sosteniendo principalmente por el esfuerzo de los equipos de trabajo de los centros que aspiran a lograr mayor participación.

*“Pero y lo comunitario deja de ser realmente importante, porque como no es pagado da lo mismo si lo haces, no lo haces. Y desde ahí lo desincentiva. Pero hay gente que sí quiere hacer cosas comunitarias y ahí entonces vamos, vamos exigiéndole al equipo, vamos haciendo reuniones*

*en horario que no corresponde para preguntar a la gente, en fin” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“Nuestro COSAM surgió de la independencia de una unidad, que era una unidad hospitalaria del servicio de psiquiatría. Y así empezamos, digamos, a trabajar. Así que yo creo que está en directa relación con las posibilidades de crecer y de trabajar de forma más coordinada y con las agrupaciones, con los usuarios, con mayor participación” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

***n)Efectos negativos en la organización y funcionamiento del recurso humano.***

En las entrevistas a los expertos fue recurrente la mención a los efectos negativos del sistema de financiamiento vinculados a gestión del recurso humano. Estos efectos se describieron como una alta rotación del recurso humano; como que el personal no logra cubrir la demanda de atención; y que el enfoque multidisciplinario en la atención se limita. En algunos casos estos efectos se asociaron a un bajo nivel de remuneraciones, pero en otras ocasiones a otras condiciones del trabajo como la estabilidad, la posibilidad de desarrollo profesional, la posibilidad real de trabajar comunitariamente no limitado a la clínica intra-box, y la posibilidad de trabajar multidisciplinariamente. Por otra parte, en el quehacer cotidiano del personal el registro clínico no dialoga entre niveles de atención y no es integral, sintiendo que el incentivo es a encerrarse a la atención individual. No existió claridad acerca de cómo los sistemas de gestión del recurso humano se entrelazan con los mecanismos de pago, pese a lo cual se describen como interrelacionados. Se describe que de algún modo el sistema de financiamiento de los CSMC no está contribuyendo a contar con equipos multidisciplinarios estables especializados en el cuidado integral de la salud mental en la comunidad.

*“Me han cambiado el psiquiatra chorrocientas miles de veces, entonces es como contar la historia de nuevo. Uno ya lo hace como sin ganas, como que ya da lo mismo, como que la resumo a tres o cuatro palabras” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Y luego otros psicólogos que había empezaron a irse, porque vieron que COSAM no funcionaba ya como tal [...] Se fueron los terapeutas [...] Se fue el fonoaudiólogo [...] Los trabajadores sociales de tres que había quedó uno” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“tiene la posibilidad de tener una contratación más segura, tiene menos rotación, es mejor calidad de atención para los pacientes que no tienen que estar reviviendo sus penurias con distintas personas. Hay más continuidad. Y también permite, por ejemplo, acá en esta comuna, podemos hacer carrera funcionaria. Los profesionales van progresando en capacitación y les va aumentando el sueldo. No es mucho. Sigue no siendo tan competitivo. Un muy buen psiquiatra puede ganar dos y hasta tres veces más afuera que acá” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“El recurso humano es constante, o sea, yo diría que ha ido en aumento y en rigor nunca he tenido la dificultad de decir no continúa más la gente porque no tengo dinero, y desde ahí eso pudiera provocar que directamente podemos continuar con los controles y el seguimiento de los usuarios. Pero es más que nada porque estamos adosados a un buque grande” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“Aquí deberían estar las personas que se han especializado, que tienen más herramienta, que han tenido más trayectoria, pero los sueldos son un desincentivo horroroso. La carrera funcionaria es un horror, o sea, no hay. O sea, si logras entrar a planta, después hay que pelearse un grado. Es horrible” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“yo creo que cuando trabajamos en salud mental no podemos, necesitamos, no podemos ser agencia de empleo en sistema público, partiendo por eso, no podemos generar formación de profesionales y después que esos profesionales salgan hacia la privada o hacia otro sistema que les puedan remunerar mejor” (Experto pagador, hombre, zona central)*

*“el personal que tiene es excelente. Toda la gente que trabaja en psiquiatría es excelente, pero dan poco abasto. O sea, ya no alcanzan las personas para atender tantos usuarios. Entonces ahí ya no hay seguimiento. Si el usuario no va, ya no hay una preocupación si va a volver o no volver, si se descompensó, entonces ya se está formando un círculo vicioso con los pacientes” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“Pero los sistemas informáticos no dialogan y al no dialogar la información, por ejemplo, si quieren saber el tratamiento que está tomando una persona que está ahora con nosotros, no pueden ver porque los sistemas no concuerdan” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“nos tocó revisar muchos currículums, muchas postulaciones y yo miraba los currículums de la gente y donde describían sus funciones, no sé mi función, yo trabajé en tal parte y mi función fue atención de PPV, GES primer episodio, PPV de no sé qué. ¿Qué es eso? Pucha que es eso, un psicólogo, o sea, ni siquiera atendía personas con esquizofrenia, entendía PPV, GES, atendía no sé qué otra cosa. Entonces esa cosa la encuentro, bueno, me imagino que en esos lugares la gente se organizará a través de esas lógicas digamos, que no sé, a mí me llama mucho, mucho la*

*atención, ¿no? Entonces sí, puede que sí determine la constitución de los equipos y eso elementos y la identidad de la gente. Eso lo encuentro muy loco. Lo encuentro muy loco eso” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

***o)Cuestionamiento a la instalación del modelo de CSMC.***

Los expertos entrevistados expresaron la preocupación acerca que se cuestione el modelo de atención y gestión de los CSMC a causa de que existen condiciones que han dificultado su implementación. Dentro de esas condiciones ha sido central el sistema de financiamiento. Plantearon que revertir esto implicará mayor influencia de los propios centros para reorientar las políticas de financiación a favor del modelo comunitario.

*“la primera como desventaja que nosotros acá los centros no están tal cual como lo describe el modelo” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

*“Yo creo que nosotros, como centro comunitario, hemos tenido súper poca voz en las políticas de lo que significa un centro de salud mental” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

**Mecanismos de pago deseados.**

Se identificaron los elementos que los expertos entrevistados consideran que deben incorporarse en el diseño de los mecanismos de pago hacia los CSMC. Se observó un consenso en el fortalecimiento de reglas concordantes con el modelo comunitario, reflejado en el tipo de acciones que son incorporadas. Se comenzó a dibujar una idea de múltiples mecanismos conviviendo de forma articulada, cada uno cumpliendo una parte del propósito de los CSMC.

***a)No se trata sólo de más presupuesto.***

Los resultados reflejaron que para los expertos entrevistados se requiere un cambio en la forma en que se organiza el financiamiento a los CSMC. Esto implicará definir un sistema de financiamiento, en el cual no se trata sólo de más presupuesto. Se requiere que exista coherencia con el modelo de salud mental comunitaria, incentivando acciones que son claves.

*"el incentivo es un arma poderosa, el financiamiento, más poderosa del que se cree. No sólo para otros, como para nuestro quehacer para con otros, sino también respecto de la asistencia de nuestras propias prácticas. Cuando el presupuesto de salud está en el 2 por ciento, hay que subir el presupuesto, ya, vamos al 10 por ciento ¿Qué vamos a hacer con ese 10 por ciento? ¿Vamos a hacer 8 veces más que lo que hacemos*

*ahora, igual que lo que hacemos ahora? ¿Es sólo una necesidad de crecimiento orgánico? Yo creo que no. Yo creo que no. Yo creo que no es solo más plata para lo mismo... que se incentiven otras cosas o que se financien otras maneras de hacer clínica, otras prácticas. Porque si no, no creo que resolvamos la brecha con las necesidades que hay en la población” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“Yo creo que debería generarse independientemente del lugar donde estén, cierto, si es de dependencia servicio, dependencia municipal, lo que sea, generar una glosa dentro de, o como mercado, que es para funcionamiento el centro salud mental comunitaria cuando se hace las transferencias” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

*“Habría que tener personas ahí que supieran de salud mental comunitaria. Que supieran de lo que se hace, de lo qué es importante que, si hay que hacer un sistema de cobro, de valor, de asignación de recursos, supiera en qué es necesario gastar la plata, en qué se tiene que gastar” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“yo creo que si se logra a futuro cercano una postura política en términos de entregarle a la salud mental lo que corresponde y la importancia que tiene, vamos a ver frutos nuevos en términos de la intervención, porque se va a poder trabajar en forma territorial, con independencia, con participación social de los pacientes, con las agrupaciones” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

***b)Financiar acciones concordantes con el modelo comunitario.***

Los expertos entrevistados plantearon que los mecanismos de pago hacia los CSMC deberán considerar explícitamente el financiamiento de acciones en el territorio y con las comunidades; incorporar intervenciones preventivas; introducir un programa de grupos de apoyo conducido por agentes comunitarios o trabajadores pares; introducir acciones propias de un plan integral de cuidados incluyendo los cuidados compartidos entre más de un dispositivo; y tener reglas que permitan una mínima adecuación a las necesidades y contextos locales.

*“creo yo que debiera estar asociado a la cobertura del territorio de que uno debe manejar para poder con eso cubrir la actividad comunitaria con APS, la consultoría, la promoción, la prevención, esos otros elementos, los vínculos con las agrupaciones comunitarias” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“yo pensaría y avanzaría en que un profesional que es capaz de mantener a su población más compensada o hacer actividades comunitarias que instalen capacidades de la población debiese tener ahí un incentivo eventualmente metas de X cumplimiento” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*



*“Entonces uno podría decir, claro, falta un incentivo a lo mejor que pudiera dar cuenta de una mayor valorización de aquellas prestaciones con la comunidad. Y ahí uno podría pensar que a futuro uno debería, entre comillas, a lo mejor idear algún mecanismo que diera cuenta de una mayor valorización de eso y ahí uno podría decir OK, si el centro "A" tiene tales condiciones o tiene tal práctica que uno podría pensar que tiene un elemento presupuestario distinto a que el que no lo hace y viceversa” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“yo creo que una de las cosas que les serviría mucho a los COSAM y ya te lo mencioné, pero quiero recalcarlo porque lo hemos visto desde nuestra propia experiencia, lo bien que han funcionado estos grupos de apoyo, que se pudiera implementar esos grupos dentro de los COSAM, creo que sería de mucha ayuda [...] Nos encantaría poder tener más y poder acoger a todas las personas que necesitan esto, porque una vez que encuentran estos grupos de apoyo, ellos dicen cómo no supe antes de esto, qué ganas de haber sabido” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Tal vez algunas acciones específicas que pudieran que no estar tan vinculadas a la atención de una persona determinada, digamos, sino que más bien vinculadas como al modelo. Y claro que tiene que ver en esto de cómo no sé, la vinculación con organizaciones o elementos más bien asociados a la recuperación también de las personas, no sé eso como se podría pensar” (Experto pagador, mujer, zona metropolitana)*

### **c) Mecanismos de Pago con nuevas orientaciones.**

Aunque los expertos entrevistados no tuvieron el propósito de proponer mecanismos de pago específicos para los CSMC, señalaron algunas reflexiones directamente vinculadas a estos. Entre los mecanismos que ellos señalan están el per-cápita, los paquetes de prestaciones, el pago por nivel de intensidad del plan de cuidados, y el pago por resultados clínicos. En todos los casos fueron señalando la importancia de reconocer las diversidades de los contextos en que se realiza la atención de salud mental, aspecto que debe ser incorporado como riesgos o inflactores de ajuste en cualquiera de los mecanismos de pago que se definan.

*Per cápita:* se reconoció que este mecanismo que ya funciona para los centros de atención primaria puede ser pertinente para incorporar un financiamiento basal que considera la población asignada y ciertos factores específicos de riesgo de esa población, y que permitiría respaldar cierto tipo de intervenciones preventivas y territoriales.

*“Por tanto, probablemente lo que decía per cápita, cuánta población va a tener, la ubicación, la dimensión geográfica o el territorio que va a cubrir y probablemente elementos un poco más específicos que tienen que ver probablemente con el tipo de población con el que se va a trabajar. Nosotros acá tenemos alta prevalencia de, por ejemplo, consumo de alcohol” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

Canastas/paquetes: la “paquetización” de intervenciones se reconoció como pertinente para planificar y evaluar la capacidad de producción de los CSMC. A diferencia de las experiencias de “canastas de prestaciones” previas, en esta oportunidad se requiere definir su estructura de forma más integral y con estimación de aranceles más acorde a los costos de la atención. Este mecanismo permitiría marcar acciones hasta ahora debilitadas, como intervenciones comunitarias y terapéuticas grupales.

*“Pero, pero claro, en el fondo financiar canasta, canasta de prestaciones y con un buen financiamiento adecuado, adecuado a los tiempos. Y que esa canasta considera quizás un amplio espectro de prestaciones desde clínicas individuales hasta comunitarias, y el tema de la participación del usuario en su comunidad” (Experto pagador, hombre, zona central)*

De acuerdo con la intensidad/complejidad del plan de cuidados: se propuso superar la definición de mecanismos basado exclusivamente en los diagnósticos, pues son las condiciones más globales de los usuarios lo que define la real necesidad de consumo de recursos terapéuticos. Resultaría pertinente identificar los aspectos del mecanismo de GRD que podrían ser útiles para incorporar la complejidad de los cuidados como regla de pago en el caso de los trastornos mentales y sus determinaciones sociales.

*“Probablemente cómo ir definiendo también el financiamiento en base a la complejidad, que es una vuelta más amplia, que a lo mejor se escapa de la pregunta inicial del estudio, pero uno debería pensar que el financiamiento de la salud mental en general debería ir avanzando en una definición adecuada a la salud mental de lo que es la complejidad que tiene definida por FONASA con los GRD por ejemplo” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Primero, yo siempre me he imaginado un sistema que más que asociado a un diagnóstico que muchas veces no da cuenta de lo que son las necesidades de atención de las personas y pudiera ser más asociado efectivamente como a requerimientos como de intensidad del*

*tratamiento... Eso es una lógica de entender que más allá del diagnóstico, en su proceso salud-enfermedad, las personas van requiriendo de mayor o menor intensidad o frecuencia en la intervención y que el mecanismo de pago estuviera más bien asociado a esos elementos que al diagnóstico propiamente tal como es ahora” (Experto pagador, mujer, zona metropolitana)*

Por los resultados clínicos: se propuso que los mecanismos de pago logren incentivar resultados del desempeño, en particular en el ámbito clínico. Esto permitiría revertir el incentivo a la cronificación que actualmente se observa, y estimular una mayor resolutiveidad.

*“otro sistema de financiamiento donde si tú tienes un paciente compensado que cumple cierta meta de compensación y de atención, quizá debería ganar más que alguien que está con la mitad de su población y ahí más o menos descompensada, sin atenciones” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*Riesgo e inflactores:* en todos los posibles mecanismos propuestos se señala la importancia de considerar factores de riesgo de acuerdo con las poblaciones asignadas y los contextos en que estas viven. Esto implicará incorporar reglas de ajustes de riesgo a través de ciertos inflactores. En el sistema de financiamiento de la atención primaria esto ya existe al ajustar por edad de población mayor, ruralidad y desempeño en contexto geográfico difícil. Esta experiencia puede enseñar cómo avanzar en la definición de los riesgos para el caso del financiamiento a los CSMC.

*“yo creo que lo ambulatorio hay que definir un mecanismo que sea muy parecido a la paquetización... pero con un empaquetamiento con cierto riesgo incorporado. O sea, el valor que yo pago incorpora una resolución integral o resolución, por decirlo así, con cierto nivel de riesgo. O sea, hay poblaciones más riesgosas que otras y por lo tanto yo debo incorporar el riesgo de esa población en ese precio, en ese paquete” (Experto pagador, hombre, zona metropolitana)*

*“tiene que ver con la localidad, probablemente centros urbanos son distintos acentos, con una alta tasa de población rural, como el caso de nosotros, la distancia geográfica... La misma interculturalidad que hemos hablado acá... nosotros como centro mismo, por ejemplo, no tenemos un facilitador intercultural... quizá eso sí debería ser también incluido, pensado dentro de los presupuestos para contar con ese recurso acá dentro del centro” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

#### ***d) Incentivos a retenciones de profesionales.***

Los expertos entrevistados reconocieron que cualquier diseño de sistema de financiamiento que se desarrolle, tendrá necesariamente que contemplar cómo incentivar la permanencia de equipos profesionales estables dentro de los CSMC.

*“Resulta que aquí no se está respetando las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud de que, por tantos habitantes por un psiquiatra, resulta que tendríamos que acercarnos un poquitito a las, digamos, a las recomendaciones de la OMS” (Experto usuario, hombre, zona metropolitana)*

*“Yo creo que el gobierno debería hacer algo para incentivar a que estos profesionales trabajen en estos dispositivos de salud” (Experto usuario, mujer, zona central)*

*“Pero claro, yo creo que habría que estimular uno las remuneraciones y dos las actividades que terminan siendo claves para para el modelo” Experto pagador, hombre, zona central)*

## **CARACTERISTICAS DE LOS CSMC EN CHILE 2010-2020.**

El análisis de los datos de estas fuentes estadísticas administrativas entrega información relevante para conocer cómo es la actividad productiva de los CSMC. Lo que estos centros han estado registrando para respaldar su producción es lo que el sistema de salud ha estado dispuesto a financiar. Entonces cabe explorar sobre qué ha estado financiando el presupuesto público en los CSMC.

### **CSMC vigentes al año 2020.**

Al año 2020 se identifican 104 Centros de Salud Mental Comunitaria en Chile, esto es una tasa de 0,53 por 100.000 habitantes, y de 0,70 por 100.000 beneficiarios del FONASA, que se encuentran en 15 de las 16 regiones político-administrativas del país. La Región de Atacama es la única que no cuenta con un CSMC. Para el año 2010 estaban funcionando 70 de los 104 actuales CSMC.

De los 29 Servicios de Salud (SS), unidad administrativo-territorial del sistema de salud, 25 SS cuentan con algún CSMC (86%). Los SS de Atacama, Biobío, Araucanía Norte y Chiloé, no contaban con CSMC.

El país se organiza en 346 comunas, administradas por los municipios. Son 86 comunas que albergaban CSMC, es decir 25% de las comunas del país.

Del total de comunas, son 90 que el año 2020 registran una población mayor a 50.000 habitantes, en donde existen 69 CSMC. Es decir, existen CSMC en el 77% de las comunas con más de 50.000 mil habitantes. En tanto, existen CSMC en 17 comunas cuyas poblaciones oscilan entre 18.664 (San José de Maipo) y 49.931 (Limache).

Según la dependencia administrativa de los CSMC, 43 de ellos dependen del Servicio de Salud (41%), 47 tienen dependencia municipal (45%) y 12 están administrativamente anidados en un hospital (11,5%). Hay dos CSMC que registran dependencia privada sin fines de lucro que es financiada con fondos públicos.

### **Limitaciones en la calidad de los datos administrativos de los CSMC.**

Los datos administrativos recopilados se refieren a las variables de ingresos, egresos, población bajo control y prestaciones. Se observó heterogeneidad en la disponibilidad de datos estadísticos de los CSMC (Tabla 11). No fue posible encontrar datos estadísticos institucionales de todos los CSMC y los análisis descriptivos siguientes se realizaron priorizando el número de centros con datos completos para el período 2010-2020.

Las bases de datos nacionales con datos administrativos sobre el desempeño de los CSMC tienen importantes problemas de calidad de la información, algunos centros que son dependientes o anidados en un hospital general no están individualizados y se observa una importante incompletitud de los datos.

Los registros sobre el tipo de prestaciones realizadas es lo que muestra mayor número de centros con datos en todos los años, comparado con el registro sobre ingresos, egresos y población bajo control. Aunque en ningún año se dispone de la información del total de centros que funcionaba para el año respectivo.

Tabla 11. Número de CSMC (incluidos 12 CSMC anidados en hospital) que reportan datos de ingresos, egresos, población bajo control y prestaciones en la base de datos administrativos nacional entre 2010-2020.

Año	Ingresos				Egresos			Población bajo control			Prestaciones	
	*1	*2	*3	*4	*1	*2	*4	*1	*2	*4	*1	*5
2010	37	37	-	49	-	-	-	30	30	35	54	54
2011	53	53	-	62	-	-	-	64	64	67	65	65
2012	66	66	-	77	64	64	75	72	72	75	79	79
2013	74	74	-	80	71	71	77	76	76	79	82	82
2014	84	84	-	85	79	79	82	82	82	82	85	85
2015	86	86	-	87	83	83	84	83	83	83	87	87
2016	85	85	-	87	84	84	86	87	87	87	88	88
2017	89	89	-	90	88	88	89	87	87	88	93	93
2018	92	92	92	94	89	89	92	93	93	94	96	96
2019	96	96	96	97	91	91	94	94	94	95	98	98
2020	95	95	95	96	92	92	93	94	94	95	98	98
Centros con datos para todos los años**	17							24			48	

Fuente: Elaboración propia basada en el sistema de Registro Estadístico Mensual (REM) del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, Chile.

1 = Total.

2 = Género.

3 = Edad.

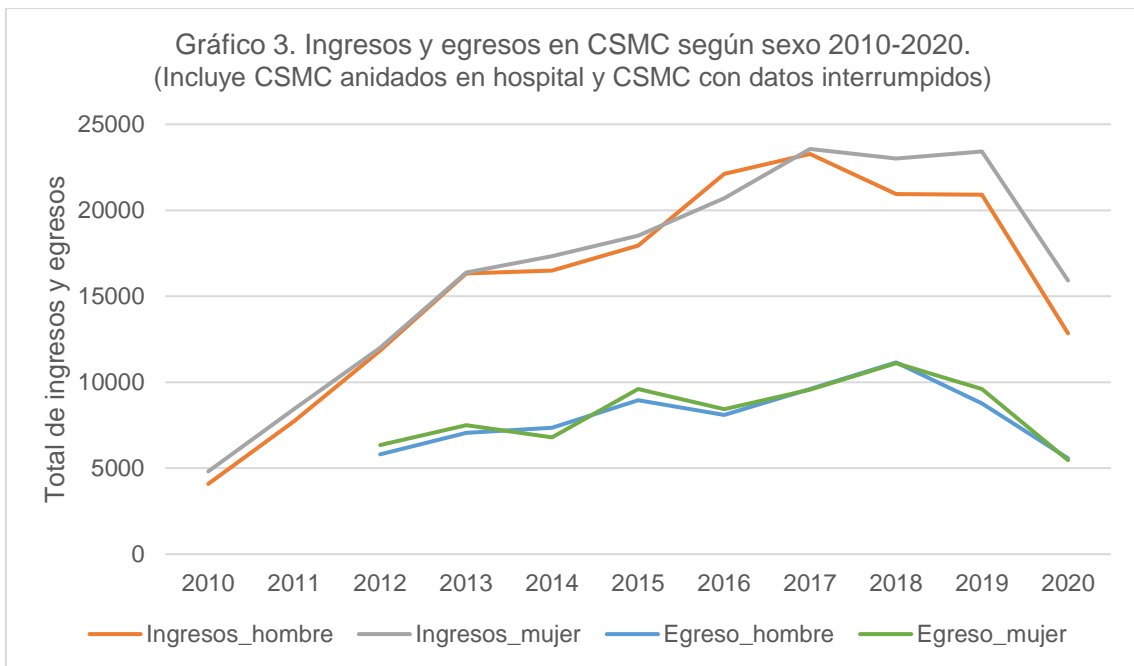
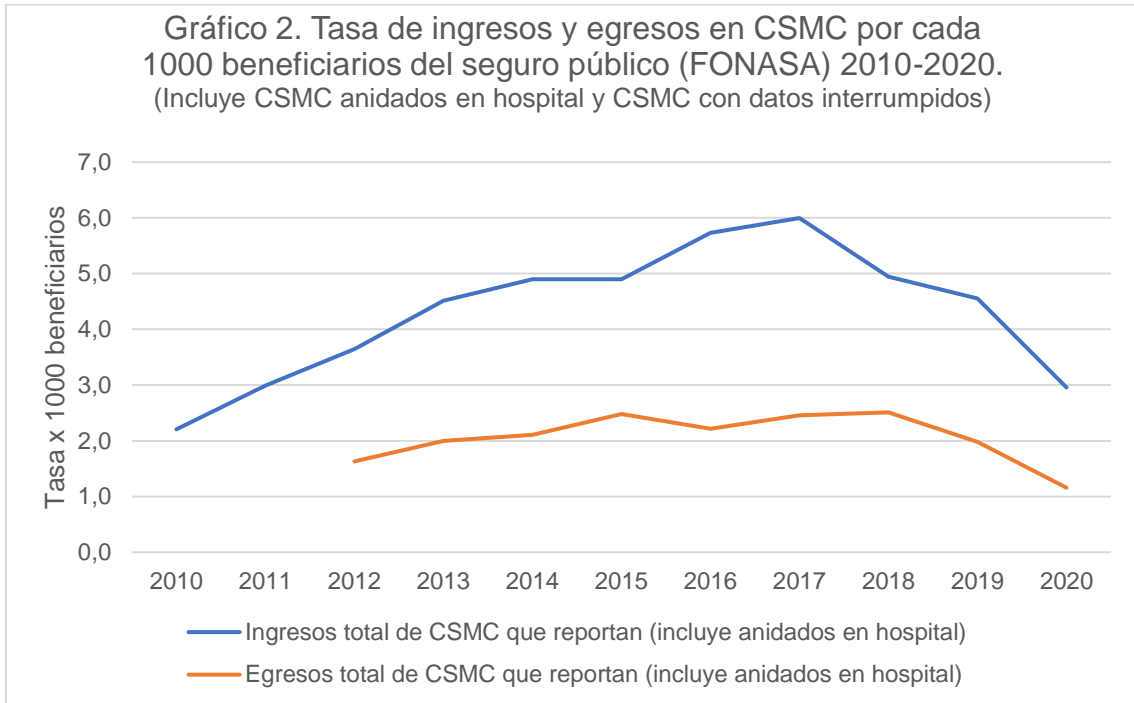
4 = Diagnóstico.

5 = Tipo de prestaciones.

Se ha optado por resumir alguna información general respecto de la base cruda sin refinar, pues aporta orientación respecto del problema de calidad de los datos. Posteriormente se describe con mayor detalle respecto de las características de los ingresos, egresos, población bajo control y prestaciones en base a la selección del grupo de CSMC que tienen mejor calidad de datos para todo el período.

En la base cruda sin refinar se observa que hubo un aumento progresivo de ingresos a los CSMC desde 2010 hasta 2017, con un descenso progresivo desde 2018 hasta 2020. En el 2020, primer año de la pandemia COVID-19, el descenso es más pronunciado. Los egresos en tanto son menos frecuentes que los ingresos y siguen la misma curva que éstos, aunque hay un pequeño descenso en el año 2016. (Gráfico 2) Las curvas de ingresos y egresos entre hombres y mujeres son similares en el período. En el caso de los ingresos se observa una diferencia a favor de las mujeres, con excepción de los años 2010 a 2013 en que

la distribución es prácticamente igual, y el año 2018 en que hubo mayor registro de ingresos de hombres. (Gráfico 3)



Dado que el número de centros que reportan varía en el período, se estimó la tasa de ingresos y egresos por cada 1000 beneficiarios del seguro público (FONASA) correspondientes al territorio asignado para su atención. Si bien la frecuencia de las cifras aumenta con los años, se debe considerar que los centros también aumentan. A través de las tasas por beneficiarios es posible analizar si hay un efectivo aumento de cobertura de beneficiarios considerando la oferta disponible.

Se observa una tasa de 2,2 ingresos por 1000 beneficiarios del seguro público (FONASA) en 2010 y de 4,6 en 2019, bajando a 3,0 en 2020. En el peak de 2017 la tasa alcanzó el 6,0 por 1000 beneficiarios. En 2019 el 47% de los ingresos fueron hombres y el 53% mujeres. (Tabla 12)

En 2012 la tasa de egresos fue de 1,6 por 1000 beneficiarios de FONASA mientras que los ingresos ese año fue de 3,6. En 2019 la tasa fue de 2,0, bajando en 2020 a 1,2. (Tabla 13) Cabe recordar que el sistema REM incorporó el registro del total de egresos y por sexo en 2012, por ello no se cuenta con data antes de ese año. En el período observado es sistemático que los egresos sean menos frecuentes que los ingresos. En el año 2010 de cada dos personas que ingresaban a los CSMC una egresaba. La mayor diferencia se observa en los años 2016 y 2017, en que la relación se aproxima a cuatro es a uno. En esos años la tasa de ingresos es la más alta de todo el período, pero la tasa de egresos no aumentó de la misma forma. Para el 2019 la diferencia se aproximaba en tres a uno. En 2020 ambas tasas de ingreso y egreso decayeron, sin embargo, se produjo la menor diferencia entre ellas. (Tabla 14)

Año	N° CSMC que reportan	Ingresos		Ingresos Hombre		Ingresos Mujer	
		total	Tasa x 1000 FONASA	total	%	total	%
2010	37	8901	2,2	4088	46%	4813	54%
2011	53	16188	3,0	7745	48%	8443	52%
2012	66	23849	3,6	11842	50%	12007	50%
2013	74	32714	4,5	16332	50%	16382	50%



2014	84	33826	4,9	16490	49%	17336	51%
2015	86	36460	4,9	17947	49%	18514	51%
2016	85	42821	5,7	22112	52%	20709	48%
2017	89	46839	6,0	23275	50%	23564	50%
2018	92	43957	4,9	20943	48%	23014	52%
2019	96	44331	4,6	20913	47%	23418	53%
2020	95	28769	3,0	12847	45%	15922	55%

Tabla 13. Egresos de CSMC 2012-2020  
(Incluye CSMC anidados en hospital y CSMC con datos interrumpidos)

Año	N° CSMC que reportan	Egresos		Egresos Hombre		Egresos Mujer	
		total	Tasa x 1000 FONASA	total	%	total	%
2012	64	12163	1,6	5811	48%	6352	52%
2013	71	14552	2,0	7047	48%	7505	52%
2014	79	14155	2,1	7352	52%	6803	48%
2015	83	18571	2,5	8957	48%	9614	52%
2016	84	16529	2,2	8105	49%	8424	51%
2017	88	19168	2,5	9601	50%	9569	50%
2018	89	22258	2,5	11151	50%	11107	50%
2019	91	18381	2,0	8770	48%	9611	52%
2020	92	11041	1,2	5574	50%	5467	50%

Tabla 14. Diferencia entre ingresos y egresos en CSMC 2010-2020 según tasa por 1000 beneficiarios del FONASA. (Incluye CSMC anidados en hospital y CSMC con datos interrumpidos)

Año	Ingresos Tasa x 1000 FONASA	Egresos Tasa x 1000 FONASA	Diferencia de tasas x 1000 FONASA
2010	2,2	Sin dato	-
2011	3,0	Sin dato	-
2012	3,6	1,6	2,0
2013	4,5	2,0	2,5
2014	4,9	2,1	2,8
2015	4,9	2,5	2,4

2016	5,7	2,2	3,5
2017	6,0	2,5	3,5
2018	4,9	2,5	2,4
2019	4,6	2,0	2,6
2020	3,0	1,2	1,8

Es posible contar con data sobre los grupos de edad de los ingresos a CSMC para los años 2018 al 2020. Se observa que la mayor proporción de ingresos es de población adulta con una cifra que bordea el 60% de los ingresos. La población adolescente representa el 26% de los ingresos. Los ingresos en población mayor de 65 años representan el 5%. En el caso de la población menor de 10 años representaba un 10% en los años 2018 y 2019, sin embargo, esa proporción decayó a un 7% de los ingresos en 2020. Si bien los ingresos decayeron en todos los grupos de edad en el 2020, este grupo de menores de 10 años fue el más afectado. (Tabla 15)

Tabla 15. Distribución de los ingresos a CSMC por grupos de edad 2018-2020 (Incluye CSMC anidados en hospital y CSMC con datos interrumpidos)									
Año	N° de CSMC que reportan	Grupo de Edad (años)							
		<10		10-19		20-64		≥65	
		total	%	total	%	total	%	total	%
2018	92	4453	10%	11309	26%	25937	59%	2258	5%
2019	96	4286	10%	11422	26%	26441	59%	2182	5%
2020	95	2144	7%	7500	26%	17735	62%	1371	5%

Tal como se señaló anteriormente, aun cuando un ingreso a un centro se registra sólo una vez, los motivos diagnósticos pueden deberse a diferentes causas lo que es registrado en cada motivo. Se observa que los primeros años efectivamente se registraba más de un motivo para cada ingreso. Sin embargo, a partir del año 2014 los datos muestran que se comenzó a registrar un motivo principal por ingreso. (Tabla 16) Se observa que los trastornos del humor, los

trastornos asociados al uso de drogas, los trastornos ansiosos y los trastornos de inicio en la infancia tienen la mayor proporción de los ingresos, los que en conjunto representan entre el 76% y el 84% de los ingresos. La violencia intrafamiliar, considerada un factor de riesgo para los trastornos mentales, fue disminuyendo su proporción como motivo principal hasta llegar a rondar el 9%.

Llama la atención el caso de la esquizofrenia como motivo de ingreso en los primeros cuatro años de la serie. Sin bien es comprensible que los primeros años las proporciones fueran en general mayores debido al múltiple registro de motivos, es difícil pensar que este diagnóstico no se defina como motivo principal, considerando además que es un problema de salud incorporado al plan GES desde 2005, lo que supondría un incentivo a su registro. A partir de 2014 la proporción de ingreso por motivo de esquizofrenia oscila entre 2% y 4%. La ideación y el intento de suicidio se incorporaron al registro en 2019, observando un 2% y 3% de este motivo de ingreso para los dos últimos años de la serie respectivamente. (Tabla 16)

Tabla 16. Porcentaje de ingresos a CSMC según motivo diagnóstico 2010-2020. (Incluye CSMC anidados en hospital y CSMC con datos interrumpidos)										
Año	N° CSMC que reportan	Violencia	T. Humor	Drogas	Infancia	T. Ansiosos	Esquizofrenia	T. Demencia	T. Desarrollo	Suicidio
2010	49	41%	45%	44%	45%	42%	11%	4%	2%	-
2011	62	25%	37%	46%	43%	31%	17%	5%	2%	-
2012	77	22%	19%	31%	31%	24%	5%	3%	1%	-
2013	80	17%	22%	25%	31%	24%	7%	3%	2%	-
2014	85	16%	18%	27%	22%	16%	2%	1%	1%	-
2015	87	13%	17%	28%	22%	16%	2%	2%	1%	-
2016	87	11%	15%	27%	26%	16%	2%	2%	2%	-
2017	90	11%	17%	25%	24%	15%	3%	1%	2%	-
2018	94	9%	19%	24%	20%	14%	4%	2%	2%	-
2019	97	8%	21%	24%	18%	15%	3%	2%	3%	2%
2020	96	9%	22%	21%	16%	18%	4%	2%	3%	3%

En el caso de los egresos se observa que a partir de 2016 se comenzó a registrar un motivo diagnóstico principal de egreso. (Tabla 17) Desde ese momento los trastornos asociados al uso de drogas y los trastornos de comienzo en la infancia fueron los principales motivos de egreso. En los dos últimos años los trastornos del humor y ansiosos representaron el 14% de los egresos cada uno. (Tabla 17)

Tabla 17. Porcentaje de egresos de CSMC según motivo diagnóstico 2012-2020. (Incluye CSMC anidados en hospital y CSMC con datos interrumpidos)										
Año	N° CSMC que reportan	Violencia	T. Humor	Drogas	Infancia	T. Ansiosos	Esquizofrenia	T. Demencia	T. Desarrollo	Suicidio
2012	75	23%	14%	29%	25%	20%	4%	3%	1%	-
2013	77	18%	13%	27%	25%	20%	2%	2%	1%	-
2014	82	17%	12%	28%	26%	18%	2%	2%	1%	-
2015	84	14%	14%	31%	20%	20%	3%	2%	1%	-
2016	86	12%	13%	31%	23%	18%	2%	2%	1%	-
2017	89	10%	13%	29%	22%	17%	2%	2%	1%	-
2018	92	11%	10%	27%	21%	14%	2%	3%	1%	-
2019	94	9%	14%	25%	20%	14%	3%	3%	2%	1%
2020	93	9%	14%	26%	21%	14%	3%	4%	2%	2%

Un problema con las bases de datos disponibles en el análisis anterior es que contiene CSMC que están anidados en hospital, en los cuales existen servicios de psiquiatría ambulatoria, agrupando la información sin diferenciar la que es propia del CSMC. Un segundo problema es que el número de centros que reportan información varían en diferentes años para los ingresos y los egresos, lo que no permite saber si cada centro tiende mejorar su relación entre ellos cada nuevo año. Un tercer problema se produce al calcular las tasas por población beneficiaria del FONASA cuando en una comuna existe más de un CSMC y alguno de ellos no tiene data registrada. Estos factores pueden estar

describiendo la situación de ingresos y egresos de los CSMC de manera alterada.

En paralelo se realizó la misma estimación con todos los CSMC que tuviesen data completa para todo el período de ingresos y egresos, cuya producción es efectivamente propia en el registro y cuya población beneficiaria es la efectivamente asignada según la comuna. Estas características fueron cumplidas por 17 centros (Tabla 11).

Para los años 2019 y 2020 la población bajo control (PBC) registrada en la base cruda sin refinar tiene una tasa de 19 por 1000 beneficiarios de FONASA. Es decir, no se observa cambio decreciente para el año de la pandemia en este caso. El 55% fueron mujeres para ambos años. La tasa más alta de población bajo control se produjo en 2016 con un 22,8 y un 56% de mujeres. En tanto la tasa más baja fue de 15,4 en los años 2011 y 2012, con 55% y 54% de mujeres respectivamente. Luego de un crecimiento en la tasa desde 2011, se aprecia un decrecimiento a partir de 2017. (Tabla 18)

En relación con los motivos diagnósticos las proporciones de la PBC por trastornos del humor (alrededor del 20%), los trastornos ansiosos (alrededor del 16%) y los trastornos por demencia (alrededor del 3%) se mantienen bastante similares a lo largo de los años. (Tabla 19) En el caso de la violencia intrafamiliar llama la atención que la proporción fue disminuyendo a lo largo de los años, desde un 13% en 2010 hasta un 6% en 2019. La PBC por esquizofrenia ha oscilado entre un 6% en 2014 y un 9% en 2018 y 2019. La PBC por trastornos mentales en la infancia ha decrecido desde un 24% en 2010 hacia un 17% en 2020. Los trastornos del desarrollo han aumentado desde un 1% en 2010 hacia un 4% desde 2019. Llama la atención el caso de los trastornos asociados al uso de drogas, los datos reflejan un crecimiento exponencial a partir del año 2015 hasta señalar un 100% de PBC en 2020, esto equivaldría a decir que toda la población bajo control consume drogas. Sin embargo, esto se puede deber a un problema de registro a partir de la atención de este motivo financiada por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) dependiente del Ministerio del Interior gracias a un convenio con el Ministerio de Salud. Este convenio incorporó un sistema propio de registro de

personas (SISTRAT). Dado que el total de población bajo control presenta un proceso de registro distinto al registro de los motivos diagnósticos de la población bajo control, es posible pensar que hubo registro del motivo por trastorno asociado al uso de drogas en el REM derivado de lo registrado en SISTRAT, pero sin incorporar ese dato en la PBC total.

Año	N° de CSMC que reportan	Total		Hombre		Mujer	
		total	Tasa x 1000 FONASA	total	%	total	%
2010	30	58536	19,6	26247	45%	32289	55%
2011	64	98855	15,4	44500	45%	54355	55%
2012	72	108687	15,4	49801	46%	58886	54%
2013	76	134339	18,2	60850	45%	73489	55%
2014	82	128381	19,3	58811	46%	69570	54%
2015	83	134197	18,8	60561	45%	73636	55%
2016	87	161712	22,8	73681	46%	88031	54%
2017	87	159377	20,8	72643	46%	86734	54%
2018	93	180808	20,3	81347	45%	99461	55%
2019	94	181214	19,0	79986	44%	101228	56%
2020	94	182114	19,1	79672	44%	102442	56%

Año	N° CSMC que reportan	Violencia	T. Humor	Drogas	Infancia	T. Ansiosos	Esquizofrenia	T. Demencia	T. Desarrollo	Suicidio
2010	35	13%	20%	11%	24%	17%	8%	2%	1%	-
2011	67	13%	20%	15%	24%	16%	8%	4%	1%	-
2012	75	12%	20%	13%	23%	17%	7%	3%	1%	-
2013	79	11%	20%	11%	22%	17%	7%	3%	1%	-

2014	82	11%	18%	14%	20%	16%	6%	3%	1%	-
2015	83	10%	19%	72%	21%	16%	7%	3%	1%	-
2016	87	8%	19%	88%	21%	17%	7%	3%	2%	-
2017	88	9%	20%	87%	20%	16%	7%	3%	2%	-
2018	94	7%	20%	95%	19%	16%	9%	3%	3%	-
2019	95	6%	22%	96%	19%	16%	9%	3%	4%	1%
2020	95	7%	21%	100%	17%	16%	8%	3%	4%	2%

De la misma forma que los ingresos y egresos, esta descripción contiene datos de CSMC que están anidados en hospital, hay variación de los centros que reportan información por cada año, hay centros cuya población beneficiaria puede estar solapada y hay datos incompletos en la serie.

También se procedió a identificar todos los CSMC que tuviesen data completa para todo el período de la población bajo control, datos efectivamente propios en el registro y cuya población beneficiaria es la efectivamente asignada según la comuna. Estas características fueron cumplidas por 24 centros para el caso de la PBC (Tabla 11).

En el caso del análisis de las prestaciones se trabajó con 48 centros (Tabla 11).

Esta primera exploración en la base cruda sin refinar permitió identificar problemas de la calidad de los datos y seleccionar intencionalmente el grupo de centros que permiten hacer una mayor descripción de la población atendida por los CSM a través del análisis de ingresos, egresos y población bajo control. También permite hacer una mejor descripción de la respuesta del tipo de prestaciones que realizan los CSMC disponibles en los registros.

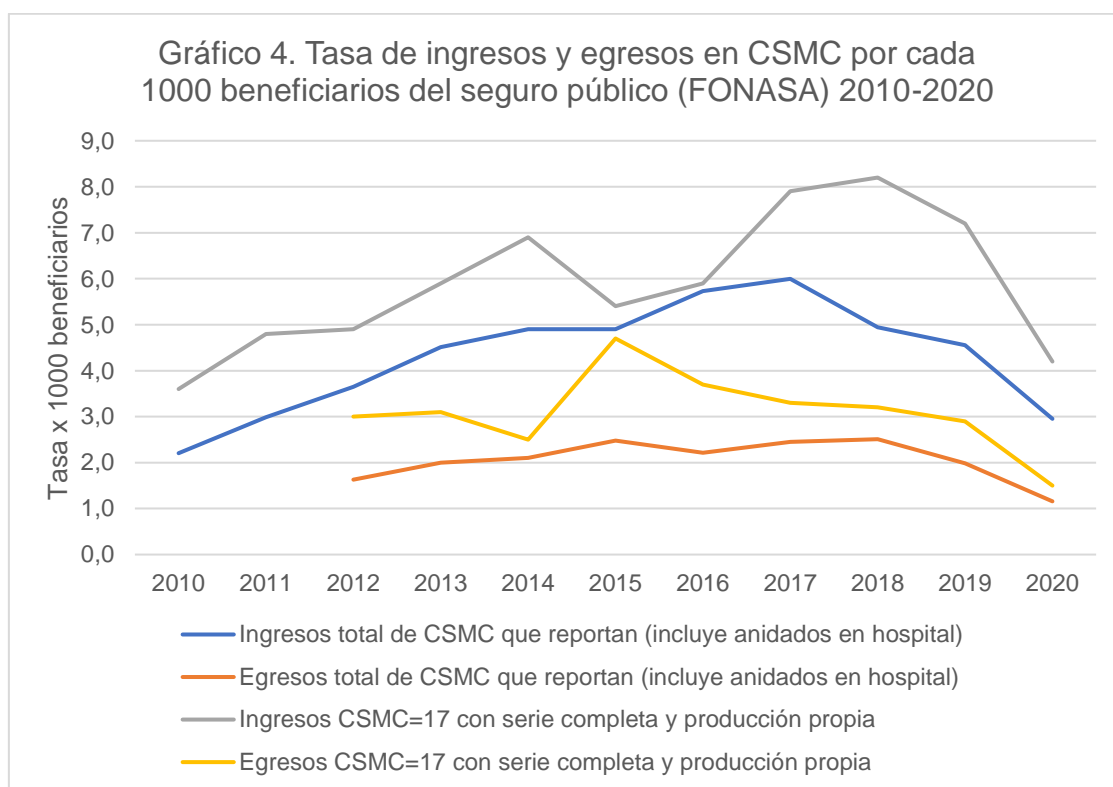
## **Población atendida y tipo de problemas de salud mental abordados en los CSMC.**

### ***Ingresos y egresos del CSMC.***

De acuerdo con la norma del ministerio de salud, los ingresos al programa de salud mental deben ser realizados por profesional médico a excepción de

“violencia” los cuales pueden ser pesquisados e ingresados por cualquier profesional del equipo de salud. Corresponde a las personas que se atienden por primera vez. Se cuenta como ingreso a personas con diagnóstico de trastornos mentales o factores de riesgo definidos. En el “ingreso” se cuenta a cada persona una sola vez. Si una persona presenta uno o más factores de riesgos, uno o más diagnósticos, o un factor de riesgo y un diagnóstico, se considera como un sólo ingreso a dicho centro, pero uno o más ingresos a cada factor de riesgo o diagnóstico.<sup>2</sup>

En 17 centros seleccionados (Tabla 11) se observa que las tasas de ingreso y egreso por cada 1000 beneficiarios del FONASA son mayores que lo reportado en la base cruda sin refinar. (Gráfico 4)



En este grupo de centros la tasa de ingreso más alta es de 8,2 para el año 2018, en tanto que la más baja fue de 3,6 el año 2010. Antes de la pandemia en la

<sup>2</sup> MINSAL (2020) Manual Series REM 2021-2022. Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS.



serie se producen dos momentos de decrecimiento con relación al año anterior, en 2015 que alcanza una tasa de ingreso de 5,4 y en 2019 con 7,2. El año 2020 nuevamente se produce una caída importante de la tasa (casi la mitad que el 2018) con 4,2. En todos los años hay una mayor proporción de mujeres en los ingresos, en una relación promedio de 44% hombres y 56% mujeres, llegando el 2020 a ser un 60% de mujeres. (Tabla 20)

Año	Ingresos		Ingresos Hombre		Ingresos Mujer	
	total	Tasa x 1000 FONASA	total	%	total	%
2010	5436	3,6	2484	46%	2952	54%
2011	7305	4,8	3420	47%	3885	53%
2012	7503	4,9	3519	47%	3984	53%
2013	8831	5,9	4025	46%	4806	54%
2014	9989	6,9	4422	44%	5567	56%
2015	8385	5,4	3821	46%	4564	54%
2016	9199	5,9	4338	47%	4861	53%
2017	12251	7,9	5259	43%	6992	57%
2018	12924	8,2	5382	42%	7542	58%
2019	11951	7,2	5022	42%	6929	58%
2020	7096	4,2	2819	40%	4277	60%

La tasa de egreso por cada 1000 beneficiarios del FONASA es menor a la de los ingresos en todos los años, siendo la más alta un 4,7 en el 2015 y la más baja un 2,5 en 2014 antes de la pandemia. En el año 2020 también se producen menos egresos en relación con los años anteriores obteniendo una tasa de 1,5. Con excepción del 2014 y 2018 hay una mayor proporción de mujeres en los egresos. En el 2019 fue del 56% y en el 2020 de 55%. (Tabla 21)

Tabla 21. Egresos en 17 CSMC seleccionados, 2012-2020						
Año	Egresos		Egresos Hombre		Egresos Mujer	
	total	Tasa x 1000 FONASA	total	%	total	%
2012	4599	3,0	2168	47%	2431	53%
2013	4675	3,1	2246	48%	2429	52%
2014	3662	2,5	1875	51%	1787	49%
2015	7321	4,7	3353	46%	3968	54%
2016	5744	3,7	2667	46%	3077	54%
2017	5167	3,3	2556	49%	2611	51%
2018	5113	3,2	2543	50%	2570	50%
2019	4803	2,9	2106	44%	2697	56%
2020	2530	1,5	1151	45%	1379	55%

La diferencia entre las tasas de ingreso y egreso varían más cada año. El año 2015 es cuando se produce la menor diferencia, dado que bajaron los ingresos en relación con el año anterior y fue la tasa más alta de egresos de todo el período. Para el año 2018 por cada cinco ingresos se producía un egreso, siendo la diferencia más alta. En el año 2020 los ingresos bordearon los tres por cada egreso. (Tabla 22)

Tabla 22. Diferencia entre ingresos y egresos según tasa por 1000 beneficiarios del FONASA en 17 CSMC seleccionados, 2010-2020			
Año	Ingresos Tasa x 1000 FONASA	Egresos Tasa x 1000 FONASA	Diferencia de tasas x 1000 FONASA
2010	3,6	Sin dato	-
2011	4,8	Sin dato	-
2012	4,9	3,0	1,9
2013	5,9	3,1	2,8
2014	6,9	2,5	4,3
2015	5,4	4,7	0,7
2016	5,9	3,7	2,2
2017	7,9	3,3	4,6
2018	8,2	3,2	5,0
2019	7,2	2,9	4,3
2020	4,2	1,5	2,7

La distribución de los ingresos según el grupo de edad es similar a lo ya observado en la descripción anterior. El grupo adulto es el que tiene mayor proporción de ingresos, seguido del grupo adolescente. Los menores de 10 años fueron los más afectados en los ingresos el año 2020 de pandemia. (Tabla 23)

Año	Grupo de Edad (años)							
	<10		10-19		20-64		≥65	
	total	%	total	%	total	%	total	%
2018	1241	10%	3178	25%	7774	60%	731	6%
2019	1111	9%	2760	23%	7389	62%	691	6%
2020	526	7%	1632	23%	4507	64%	431	6%

La proporción de ingresos de acuerdo con los motivos diagnósticos es similar a lo descrito anteriormente, aunque hay una preponderancia de la proporción de ingresos por motivo de trastornos del humor. (Tabla 24) Se mantiene una mayor proporción de egresos por trastornos asociados al uso de drogas. (Tabla 25)

Año	Violencia	T. Humor	Drogas	Infancia	T. Ansiosos	Esquizofrenia	T. Demencia	T. Desarrollo	Suicidio
2010	35%	23%	35%	24%	25%	2%	1%	1%	-
2011	24%	17%	29%	20%	20%	2%	2%	1%	-
2012	25%	13%	28%	18%	22%	2%	1%	1%	-
2013	19%	18%	21%	17%	18%	1%	1%	0%	-
2014	19%	25%	20%	18%	17%	1%	1%	1%	-
2015	15%	26%	28%	18%	17%	2%	2%	1%	-
2016	12%	20%	25%	16%	22%	2%	1%	1%	-
2017	11%	29%	19%	21%	19%	2%	1%	1%	-
2018	10%	27%	19%	20%	15%	2%	2%	1%	-

2019	12%	30%	18%	19%	16%	2%	2%	1%	4%
2020	10%	32%	16%	17%	19%	4%	2%	1%	4%

Tabla 25. Porcentaje de egresos según motivo diagnóstico en 17 CSMC seleccionados, 2012-2020									
Año	Violencia	T. Humor	Drogas	Infancia	T. Ansiosos	Esquizofrenia	T. Demencia	T. Desarrollo	Suicidio
2012	24%	12%	30%	19%	14%	1%	2%	1%	-
2013	27%	13%	28%	18%	15%	1%	1%	1%	-
2014	27%	13%	27%	19%	11%	2%	1%	1%	-
2015	16%	18%	31%	12%	18%	3%	2%	1%	-
2016	16%	16%	27%	18%	16%	2%	1%	1%	-
2017	16%	12%	33%	16%	17%	3%	1%	1%	-
2018	15%	11%	34%	15%	12%	2%	3%	1%	-
2019	12%	12%	29%	13%	14%	3%	4%	1%	4%
2020	12%	12%	27%	15%	16%	4%	4%	1%	4%

### ***Población bajo control en el CSMC.***

La población bajo control (PBC) se define como el número de personas que está en atención con algún profesional o técnico del CSMC, debido a factores de riesgo o motivos diagnósticos de trastorno mental, manteniendo citas activas en el centro, presenciales o remotas. Se excluyen de esta condición a las personas que tienen un plazo máximo de inasistencia a su citación de 45 días, al pasar este límite se considera abandono y se debe incorporar a la estrategia de rescate de inasistentes. En el rescate se puede comprobar que la persona no es ubicable, ha cambiado de comuna, ha cambiado de seguro o ha fallecido, condiciones por las cuales se excluye de la población bajo control. En caso de que la persona haya faltado por alguna otra razón y retoma sus atenciones, entonces permanece como población bajo control. Al corte de diciembre de cada

año corresponde registrar a las personas que están o estuvieron en control durante el año de enero a diciembre.<sup>3</sup>

En 24 centros seleccionados la tasa de PBC por 1000 beneficiarios de FONASA es superior en todos los años, a excepción del 2020 que registra una tasa de 19,2 similar al resultado de la base completa. La tasa más alta se observa en 2016 con un 27,5 con un 53% de mujeres, y la tasa más baja antes de la pandemia con un 20,7 en 2019, con 57% de mujeres. (Tabla 26)

Año	Total		Hombre		Mujer	
	total	Tasa x 1000 FONASA	total	%	total	%
2010	50177	23,9	22788	45%	27389	55%
2011	51047	23,9	23627	46%	27420	54%
2012	50443	23,8	23838	47%	26605	53%
2013	55262	26,3	25393	46%	29869	54%
2014	51918	27,2	24936	48%	26982	52%
2015	50427	24,3	23310	46%	27117	54%
2016	56913	27,5	26372	46%	30541	54%
2017	53185	25,5	24818	47%	28367	53%
2018	48314	22,1	21249	44%	27065	56%
2019	47826	20,7	20784	43%	27042	57%
2020	45020	19,2	18917	42%	26103	58%

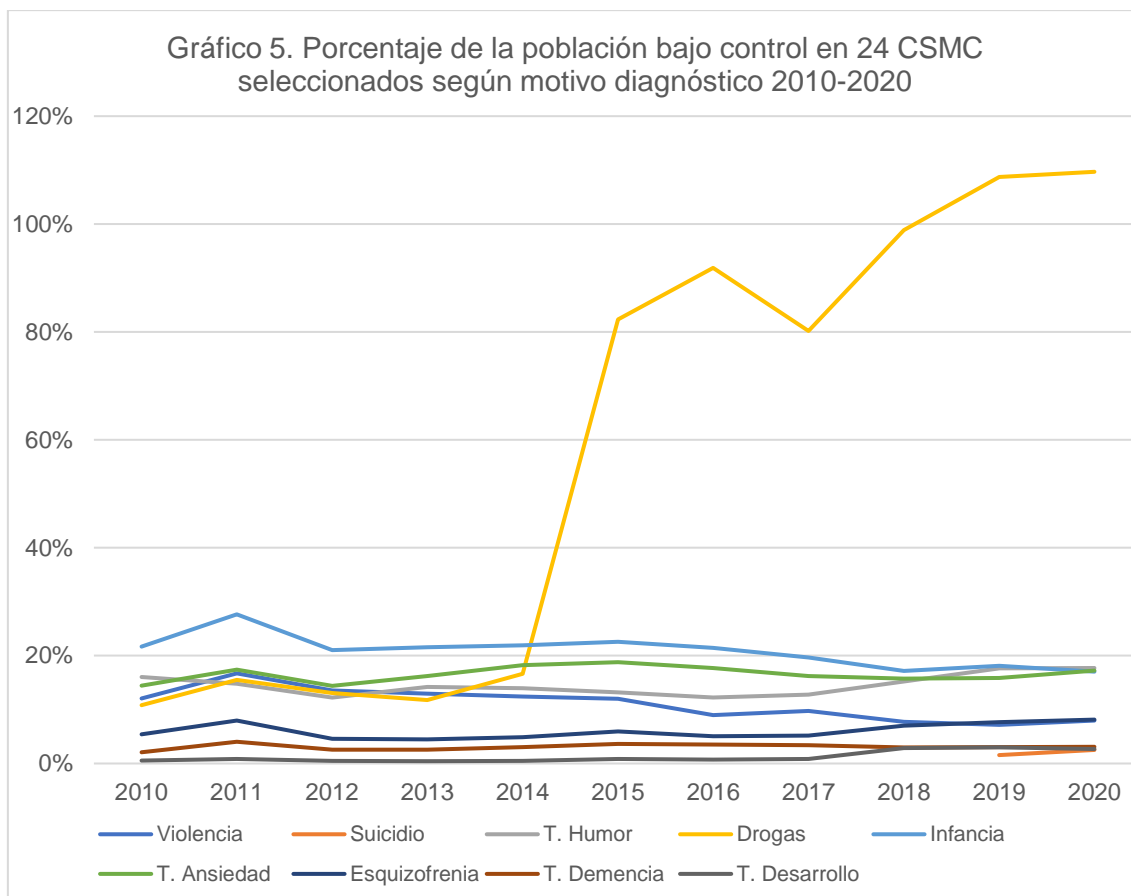
En la PBC según motivo diagnóstico no se observaron cambios entre 2019 y 2020 para los trastornos del humor (18%), esquizofrenia (8%), trastornos por demencia (3%), trastornos del desarrollo (3%) y la ideación o intento suicida (3%). Sólo los trastornos de comienzo en la infancia presentan una disminución de un 18% hacia un 17% en estos dos años, en tanto los trastornos ansiosos aumentan de un 16% hacia un 17%. También se observa una proporción

<sup>3</sup> MINSAL (2020) Manual REM 2020 Serie P Versión 1.1. Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS.

decreciente de PBC por motivo de violencia intrafamiliar en el transcurso de los años. (Tabla 27) Nuevamente llama la atención las proporciones registradas en la PBC por trastorno asociado al uso de drogas, que desde 2015 presenta cifras extremadamente altas. (Gráfico 5) Es posible que el solapamiento de registros por esta causa a partir del convenio con SENDA esté confundiendo la real PBC total, que pudiese ser más alta, o el número de personas con trastornos asociados al uso de drogas que puede estar solapado con la información del sistema SISTRAT.

Tabla 27. Población bajo control según motivo diagnóstico en 24 CSMC seleccionados, 2010-2020.

Año	Violencia	T. Humor	Drogas	Infancia	T. Ansiedad	Esquizofrenia	T. Demencia	T. Desarrollo	Suicidio
2010	12%	16%	11%	22%	14%	5%	2%	1%	-
2011	17%	15%	16%	28%	17%	8%	4%	1%	-
2012	14%	12%	13%	21%	14%	5%	3%	0%	-
2013	13%	14%	12%	22%	16%	4%	3%	0%	-
2014	12%	14%	17%	22%	18%	5%	3%	0%	-
2015	12%	13%	82%	23%	19%	6%	4%	1%	-
2016	9%	12%	92%	21%	18%	5%	4%	1%	-
2017	10%	13%	80%	20%	16%	5%	3%	1%	-
2018	8%	15%	99%	17%	16%	7%	3%	3%	2%
2019	7%	18%	109%	18%	16%	8%	3%	3%	3%
2020	8%	18%	110%	17%	17%	8%	3%	3%	3%



### Prestaciones realizadas en el CSMC.

Se analizó la data de 46 prestaciones otorgadas por los CSMC, agrupadas por 7 tipos de prestaciones (Tabla 7). El número de centros que reporta cada año varía, incluyendo aquellos que están anidados en hospital. Se identificaron aquellos CSMC que tienen data completa en la serie de prestaciones para todo el período y cuya producción efectivamente es propia (Tabla 11). Esto corresponde a 48 centros, los cuales reflejan más del 60% de la producción en relación con la base total en cada año y el 55% del total en el año 2019. (Tabla 28)

Tabla 28. Frecuencia de prestaciones según tipo, registradas en la base nacional disponible y en la selección de CSMC que cuentan con data completa en la serie y producción propia (n=48), 2010-2020

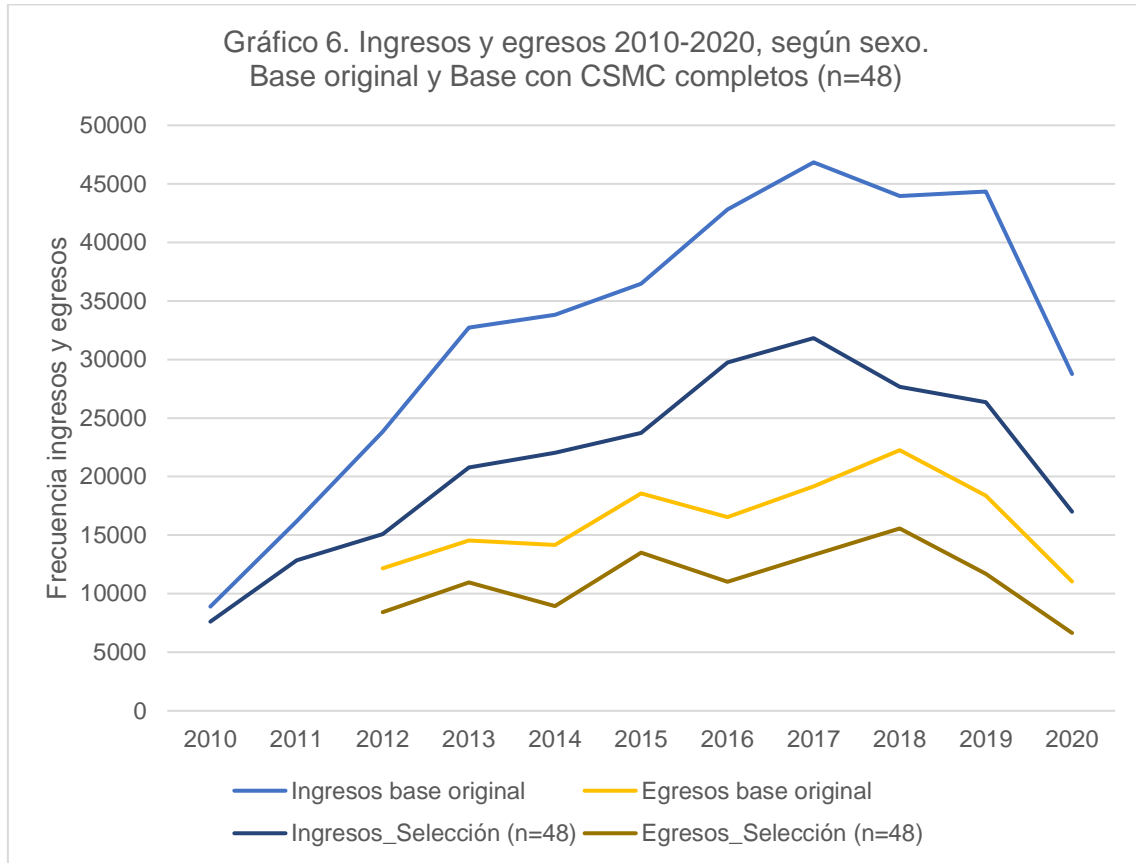
Año	Base de referencia	Individual en Box	Consultoría	Grupal_Intra centro	Grupal_Extra centro	Programas rehabilitación I y II	Psiquiatría Forense	Informes Tribunales	Suma total	% de los 48 CSMC
2010	n=54	302301	6101	11112	15420	38459	5421	5900	384714	89
	n=48	266915	4531	10661	14160	38459	4123	4851	343700	
2011	n=65	386168	7100	16108	33152	49465	5554	5311	502858	83
	n=48	318696	4913	12502	29091	43537	3785	4636	417160	
2012	n=79	474160	8430	19490	36257	52107	7144	8574	606162	67
	n=48	314554	4463	10212	26543	38483	4432	5601	404288	
2013	n=82	499707	9332	19514	39345	56415	6639	8697	639649	64
	n=48	312616	5114	11840	27281	43411	4091	6037	410390	
2014	n=85	561186	2027	21044	45350	75523	4779	10779	720688	65
	n=48	349081	1113	12216	32966	61464	2616	7730	467186	
2015	n=87	619076	1336	22205	50363	82439	4989	12930	793338	66
	n=48	391712	416	12018	38597	66554	3340	9310	521947	
2016	n=88	645743	1413	21123	57007	98232	5061	15011	843590	64
	n=48	398798	571	12431	44285	68720	3692	11022	539519	
2017	n=93	694230	4491	24310	222677	94614	3387	17423	1061132	63
	n=48	415588	2089	14915	160480	63772	2126	12443	671413	
2018	n=96	801711	6104	25980	244437	85711	3265	20260	1187468	60
	n=48	458020	2408	15425	160652	63758	1881	13654	715798	
2019	n=98	898227	4646	25571	287143	81293	3015	21229	1321124	55
	n=48	467623	2077	13580	166996	57735	1727	12888	722626	
2020	n=98	510030	113	8056	103815	59188	1519	16927	699648	63
	n=48	307618	57	4529	69112	46282	975	10785	439358	

El análisis de las características de las prestaciones otorgadas por los CSMC se realiza en base a estos 48 centros. La población atendida en estos centros seleccionados por conveniencia dada la disponibilidad de datos completos tiene una curva similar de los ingresos y egresos de la base original (Gráfico 6) y por sexo (Gráfico 7), así como una distribución relativa similar por sexo (Tabla 29), edad (Tabla 30) y motivos diagnósticos de ingreso (Tabla 31) a los CSMC.

Esto nos sugiere que la población atendida en estos centros seleccionados corresponde a la que habitualmente atienden los CSMC, por lo que las



prestaciones otorgadas que se analizan no deberían presentar diferencias a causa del tipo de población atendida para este grupo de centros.



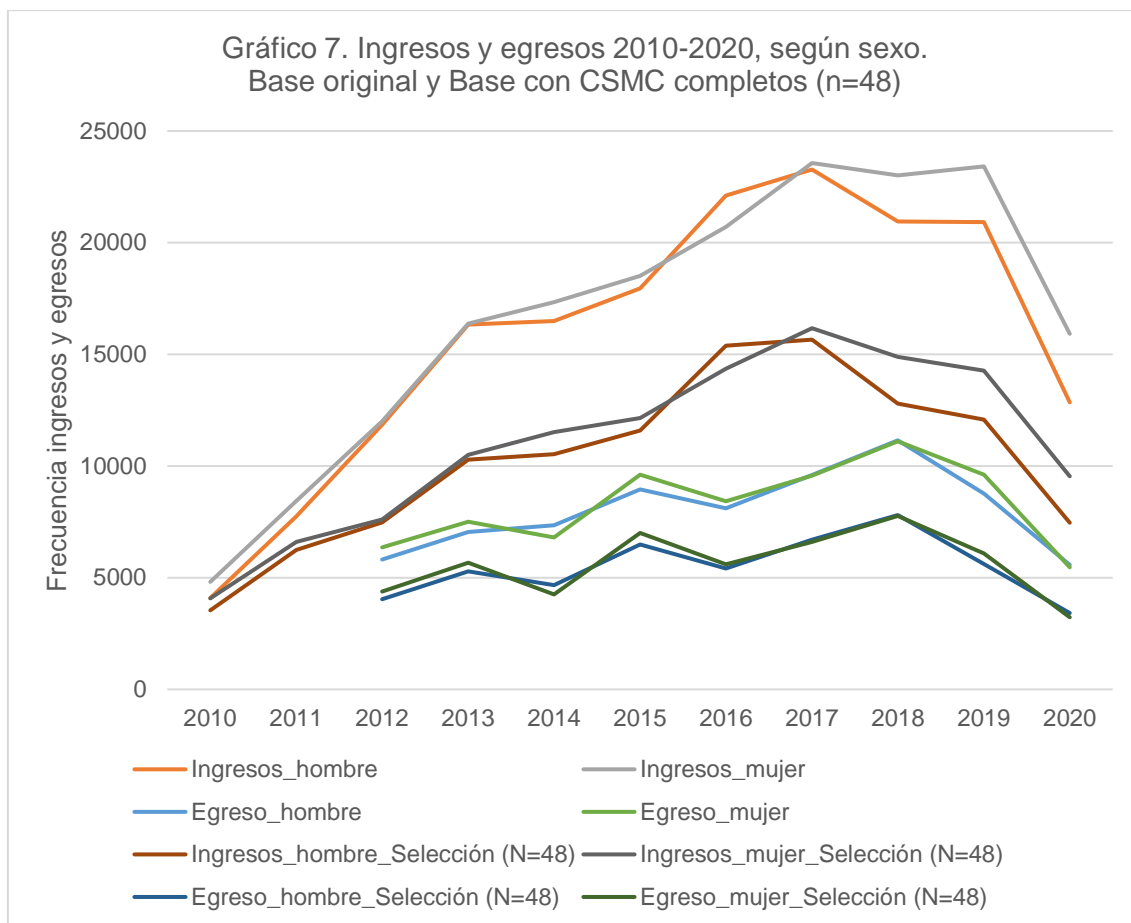


Tabla 29. Porcentaje de ingresos y egresos de 48 centros CSMC seleccionados con relación a la base original.

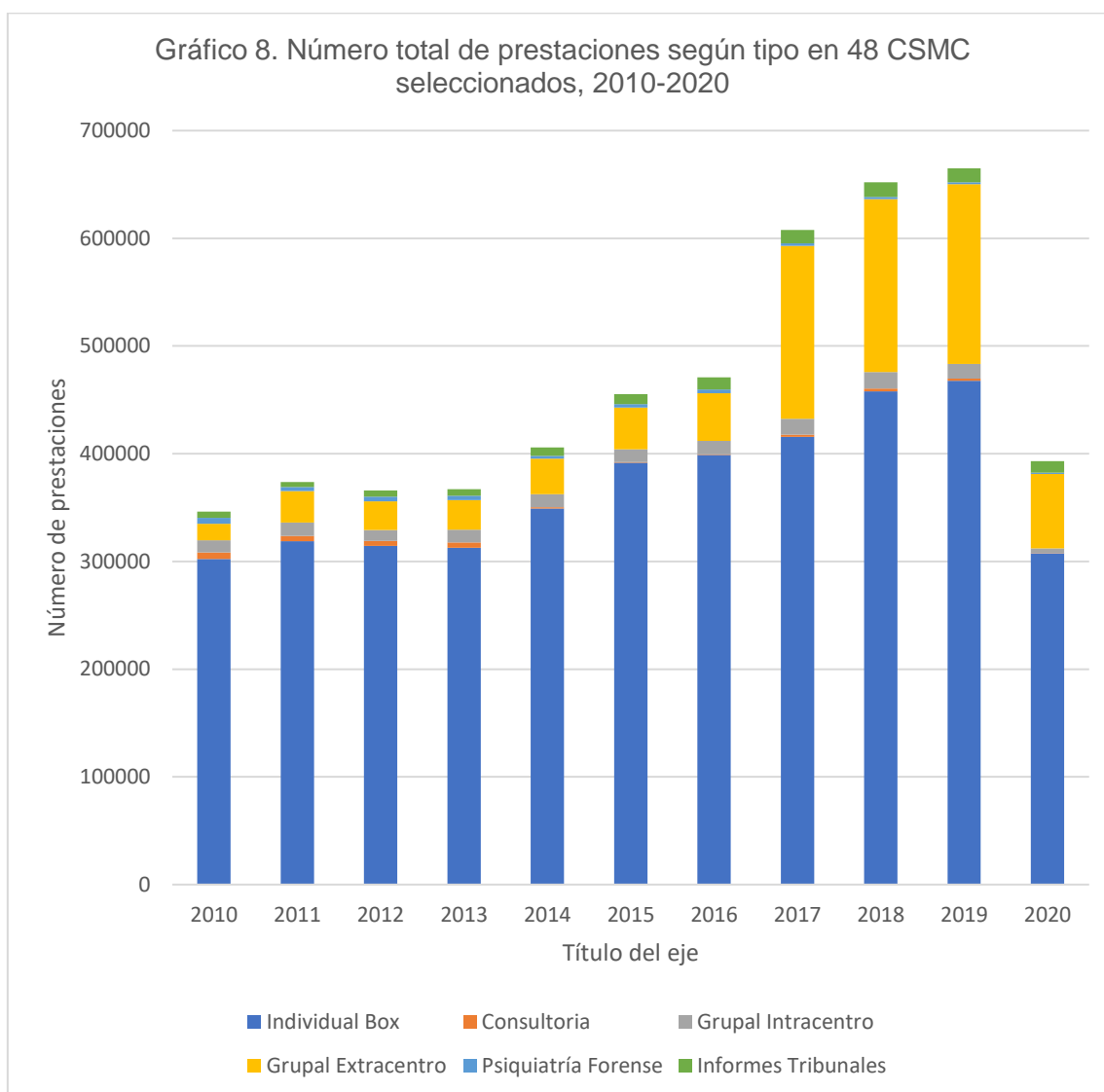
Año	% Ingresos total	% Ingresos_hombre	% Ingresos_Mujer	% Egresos total	% Egreso_hombre	% Egreso_mujer
2010	86%	87%	85%	s/i	s/i	s/i
2011	79%	81%	78%	s/i	s/i	s/i
2012	63%	63%	63%	69%	69%	69%
2013	64%	63%	64%	75%	75%	75%
2014	65%	64%	66%	63%	64%	63%
2015	65%	65%	66%	73%	72%	73%
2016	69%	70%	69%	67%	67%	66%
2017	68%	67%	69%	69%	70%	69%
2018	63%	61%	65%	70%	70%	70%
2019	59%	58%	61%	64%	64%	63%
2020	59%	58%	60%	60%	61%	59%

Año / grupo de Edad	Base nacional disponible				CSMC seleccionados (n=48)			
	<10	10-19	20-64	≥65	<10	10-19	20-64	≥65
2018	10%	26%	59%	5%	10%	25%	60%	5%
2019	10%	26%	60%	5%	10%	25%	60%	5%
2020	7%	26%	62%	5%	7%	26%	62%	5%

Año	Base de referencia	Violencia	T. Humor	Drogas	Infancia	T. Ansiosos	Esquizofrenia	T. Demencia	T. Desarrollo	Suicidio
2011	n=53	25%	37%	46%	43%	31%	17%	5%	2%	s/i
	n=48	29%	38%	53%	49%	32%	20%	5%	2%	s/i
2012	n=66	22%	19%	31%	31%	24%	5%	3%	1%	s/i
	n=48	25%	18%	31%	29%	22%	2%	2%	1%	s/i
2013	n=74	17%	22%	25%	31%	24%	7%	3%	2%	s/i
	n=48	18%	16%	23%	24%	17%	2%	1%	1%	s/i
2014	n=84	16%	18%	27%	22%	16%	2%	1%	1%	s/i
	n=48	18%	19%	25%	20%	17%	2%	1%	1%	s/i
2015	n=86	13%	17%	28%	22%	16%	2%	2%	1%	s/i
	n=48	15%	18%	27%	22%	16%	2%	2%	1%	s/i
2016	n=85	11%	15%	27%	26%	16%	2%	2%	2%	s/i
	n=48	12%	15%	26%	26%	15%	2%	2%	2%	s/i
2017	n=89	11%	17%	25%	24%	15%	3%	1%	2%	s/i
	n=48	11%	18%	24%	25%	16%	2%	1%	2%	s/i
2018	n=92	9%	19%	24%	20%	14%	4%	2%	2%	s/i
	n=48	11%	20%	24%	21%	13%	3%	2%	2%	s/i
2019	n=96	8%	21%	24%	18%	15%	3%	2%	3%	2%
	n=48	10%	22%	22%	19%	14%	2%	2%	2%	3%
2020	n=95	9%	22%	21%	16%	18%	4%	2%	3%	3%
	n=48	11%	22%	21%	17%	16%	4%	2%	2%	3%

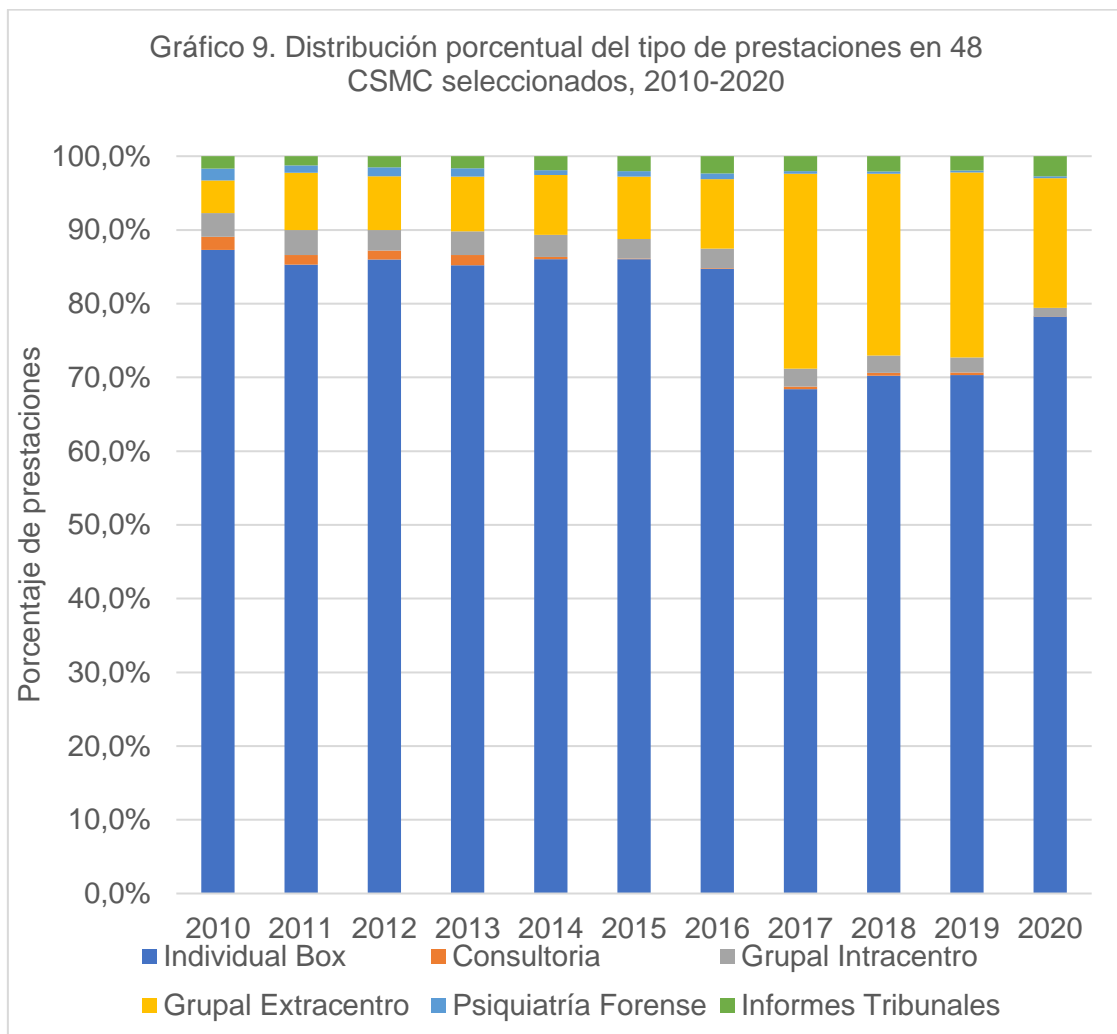
### ***Distribución del tipo de prestaciones.***

El total de prestaciones de los CSMC muestran un incremento absoluto en el período, tanto en prestaciones individuales y grupales, dentro y fuera del centro, hasta que en 2020 decae en un 38% en relación con el año anterior. Las prestaciones individuales que se realizan al interior del centro ocupan la mayor proporción de prestaciones. (Gráfico 8)



Las prestaciones individuales incluyen las consultas realizadas por profesionales y técnicos, el psicodiagnóstico y la psicoterapia individual. Aun cuando el número de prestaciones varía cada año de la serie, entre los años 2010 y 2016 este grupo ocupaba alrededor del 85% de las prestaciones. Entre los años 2017 y

2018 esta cifra descendió alrededor del 70%, y para el 2020 alcanzó cerca del 80%. Las prestaciones grupales dentro del centro apenas representan entre un 2% y 3% de las prestaciones. En el año de mayor proporción de prestaciones grupales intra-centro, es decir el 2011, la razón alcanzó a 1:39 prestaciones individuales. En el año 2019 la razón se acorta a 1:29, debido principalmente a la mayor proporción de otras actividades pues el incremento de las prestaciones individuales se mantuvo. Las actividades grupales fuera del centro que hasta 2016 no superaban el 9% de las prestaciones, a partir del 2017 bordean el 25% del total, con excepción del 2020 que representa el 17,6% de las prestaciones. Las consultorías que en toda la serie representan una baja proporción, fue disminuyendo en el curso de los años desde un 1,8% en 2010 hasta alcanzar un 0,3% de las prestaciones en 2019. (Gráfico 9)



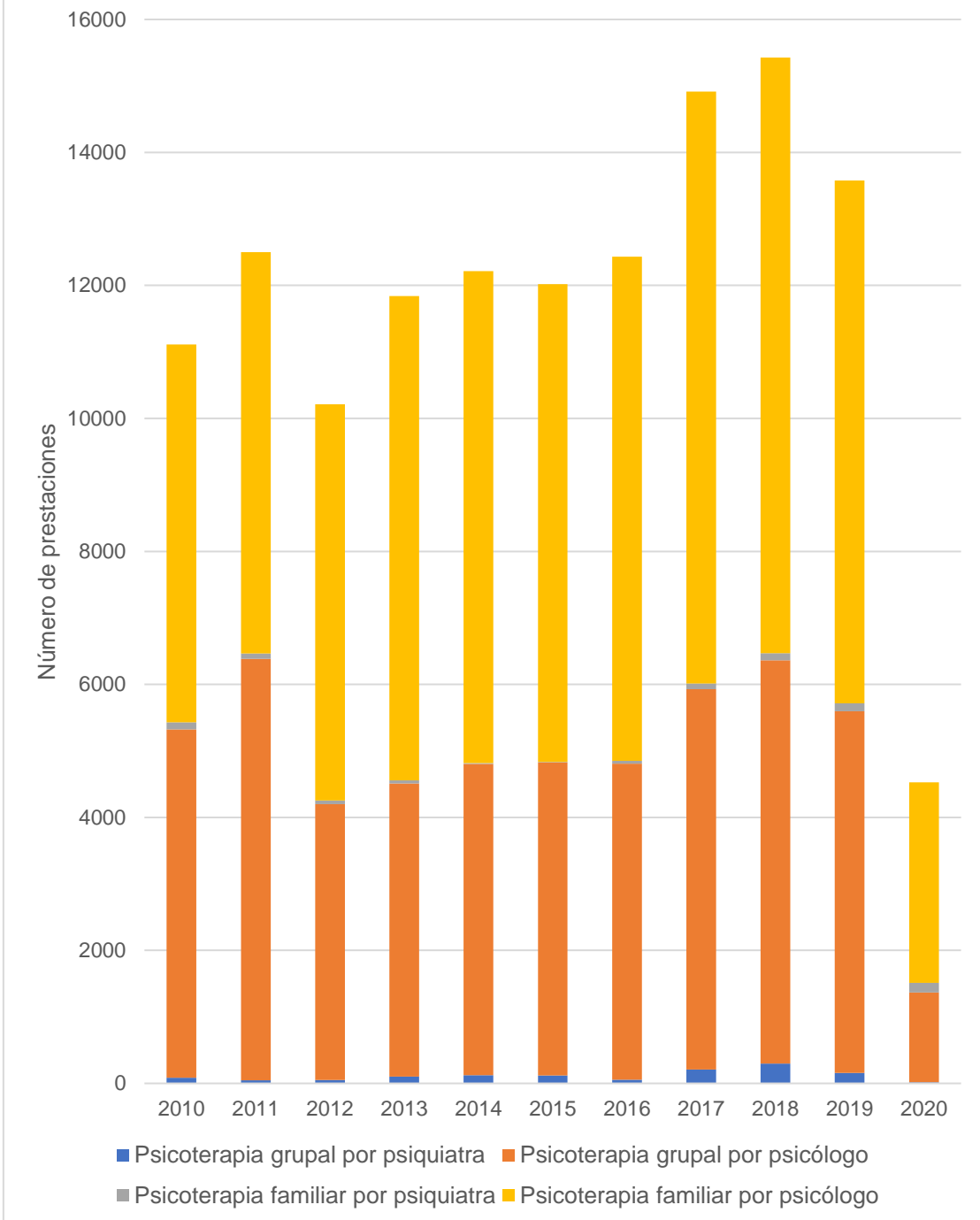
En el grupo de prestaciones de psiquiatría forense se incluyen peritajes psiquiátricos judiciales y atención profesional en situaciones derivadas de tribunales de justicia principalmente sobre agresores en violencia intrafamiliar. Este tipo de prestaciones bordeaba el 1% hasta 2013 descendiendo luego hasta alcanzar un 0,3% en 2019. Los informes a tribunales incluyen la evaluación del caso y la confección de informe profesional dirigido a tribunales de familia, civiles, penales, de policía local y laborales en general bordea el 2%, con excepción del 2020 que aumentó a un 2,7%.

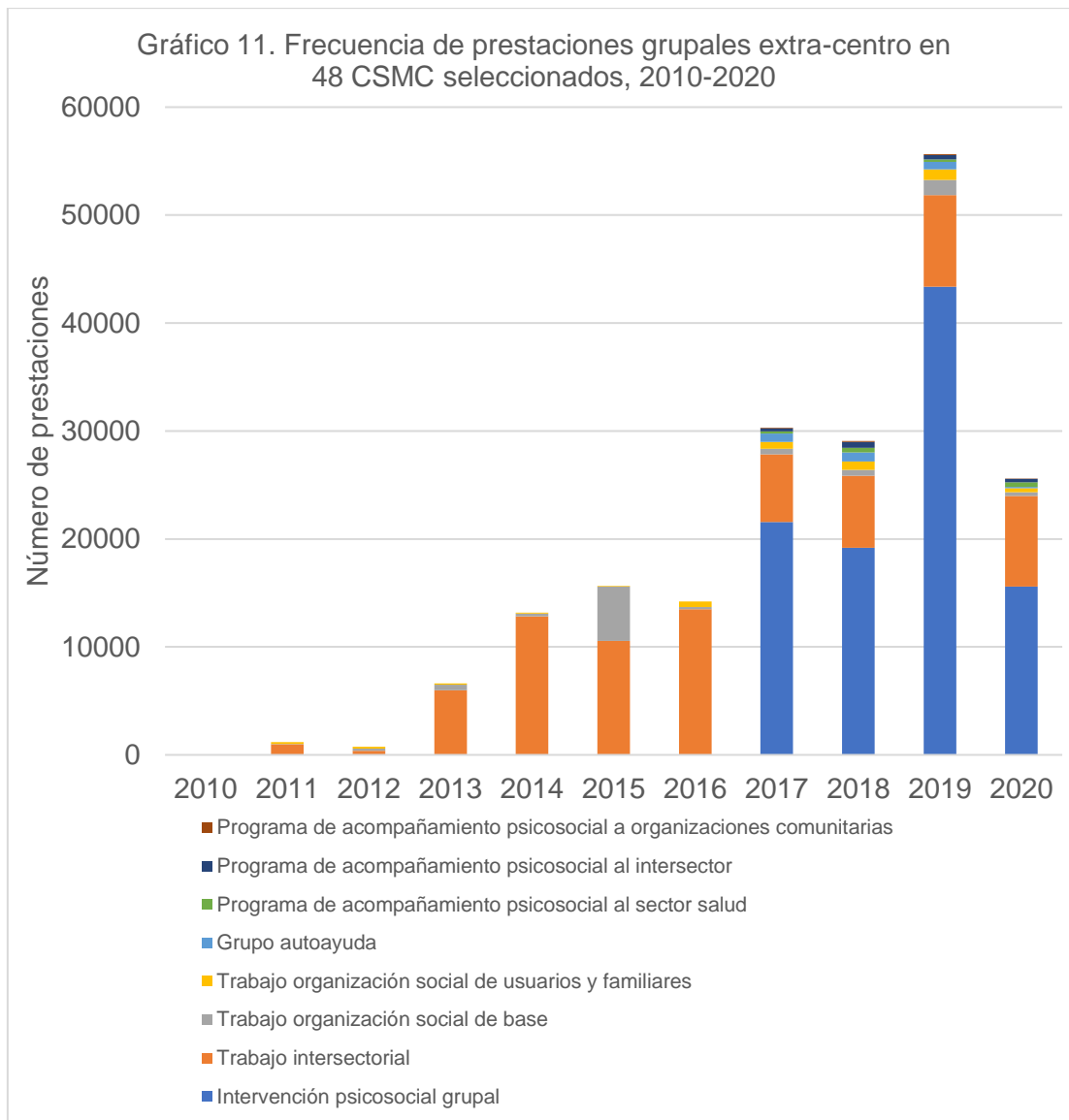
Las prestaciones individuales y grupales dentro del centro y las grupales fuera del centro requieren mayor atención pues son quienes nos pueden aportar más información acerca de cómo han evolucionado estos centros respecto de orientar su actividad hacia el modelo de salud mental comunitaria. La consultoría es clave, pero ya se observó que esta ha disminuido su proporción.

Las prestaciones grupales intra-centro consideran la psicoterapia grupal y la psicoterapia familiar que pueden realizar el psicólogo/a o el médico/a psiquiatra. Estas prestaciones no muestran una tendencia clara en la serie de años, alcanzando el valor más alto en 2018. El primer año de la pandemia descendió en un 25% en relación con el año anterior. (Gráfico 10)

Las prestaciones grupales extra-centro consideran prestaciones de diverso tipo. En 2010 no hubo registro de este tipo de acciones en el REM. A partir de 2011 se incorpora el registro del trabajo intersectorial, es decir, todo tipo de actividad realizada con el sector educación, justicia, trabajo, vivienda u otro requerido para el trabajo comunitario del CSMC. También se incorporó el registro de trabajo con organizaciones sociales de base y con organizaciones de usuarios y familiares. Entre 2011 y 2016 la actividad preponderante fue con el trabajo intersectorial. A partir de 2017 el tipo de prestación incorporó la intervención psicosocial grupal, los grupos de autoayuda y tres programas de acompañamiento en salud mental al propio sector salud, al intersector y a organizaciones comunitarias (Gráfico 11).

Gráfico 10. Frecuencia de prestaciones grupales intra-centro en 48 CSMC seleccionados, 2010-2020





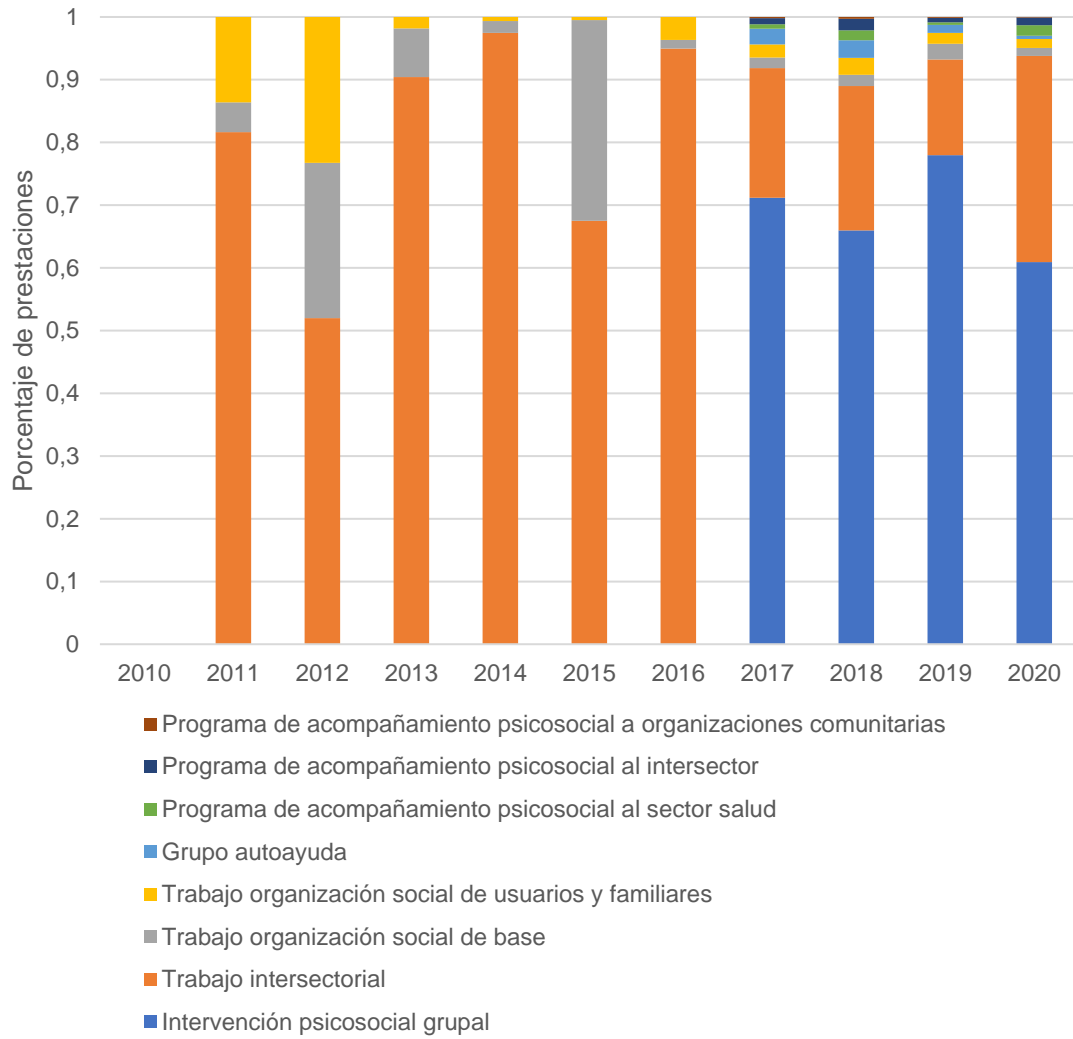
La intervención psicosocial grupal es una prestación que es catalogada como actividad que se puede desarrollar en cualquier lugar de la comunidad y en conjunto con otras organizaciones. Se trata de una actividad que se desarrolla con la población ingresada al centro para abordar el manejo de ciertos factores de riesgo psicosocial colectivamente. Sin embargo, es una prestación que también se ha realizado dentro del mismo CSMC y es conducido por un profesional o técnico distinto del psicólogo/a o médico psiquiatra. Sin embargo, no es posible discriminar en esta base cuánto hay de uno u otro. Dado que por definición se insta a ser realizada fuera del centro se agrupó en este tipo de prestaciones. Sin embargo, conocer dónde fue realmente realizada puede cambiar la visión sobre la proporción de actividades grupales realizadas al



interior del centro. Si estas no fueron realizadas en espacios de la comunidad, entonces aumentaría la proporción de actividades grupales intra-centro con relación a las individuales, lo que sería positivo para el modelo de salud mental comunitaria, pero al mismo tiempo sería negativo al concentrar dentro de la institución acciones que se esperan sean realizadas fuera de ella. Desde su registro en 2017 ocupó un lugar preponderante en la proporción de prestaciones, llegando a ser el 78% de las prestaciones grupales en 2019. En 2020 decreció a una proporción del 61% respecto del total, año en que aumentó a un 33% el trabajo intersectorial que había descendido a alrededor del 20% desde que se incorporaron los nuevos registros después de haber sido la actividad prioritaria. (Gráfico 12)

Los tres programas de acompañamiento en salud mental incorporados en 2017 no han mostrado una real preponderancia en la proporción de prestaciones grupales, en ningún momento se ha alcanzado al menos el 2% de las prestaciones grupales. El que muestra una cifra más baja es el acompañamiento a organizaciones comunitarias con apenas un 0,1% de la proporción de prestaciones grupales extra-centro.

Gráfico 12. Distribución porcentual de prestaciones grupales extra-centro en 48 CSMC seleccionados, 2010-2020.



Frente a las prestaciones reportadas, nació la duda acerca de la concentración de prestaciones para la población atendida. Esta estimación tuvo la complejidad de la variabilidad de la reportabilidad por cada centro y según el año. Para tener una primera aproximación, se calculó el promedio simple del número de ingresos y del número de personas bajo control por centro, para cada año entre 2010 y 2020. También se obtuvo el promedio simple de las prestaciones totales por cada centro que reportó anualmente. Se calculó la tasa del promedio de prestaciones totales por el promedio de ingresos y promedio de personas bajo control. (Tabla 32) A partir de estos datos, se puede estimar que los centros han oscilado entre 17,6 y 29,2 prestaciones por ingreso; así como 3,3 y 7 prestaciones por persona bajo control. Sin embargo, esta estimación considera el grupo de prestaciones que no está necesariamente vinculada a las personas ingresadas y atendidas dentro del centro. Entonces se procedió a realizar el mismo cálculo sólo con el total de prestaciones individuales intra-box. (Tabla 33). A partir de estos datos se estimó que los centros han oscilado entre 13,8 y 20,5 prestaciones por ingreso; así como 2,5 y 4,8 prestaciones por persona bajo control. Con excepción del año de la pandemia, los últimos años se observa que un promedio de 4 prestaciones individuales por persona bajo control, y llama positivamente la atención que esa tasa subiera a 4,8 en 2019, habiendo aumentado la población bajo control.

Tabla 32. Tasa de prestaciones totales por ingreso y por población bajo control 2010-2020

Año	Ingresos (1)			Población bajo control (2)			Prestaciones totales			Tasa (1)	Tasa (2)
	Centros que reportan	Total	Media	Centros que reportan	Total	Media	Centros que reportan	Total	Media		
2010	37	8901	241	30	58536	1951	54	343700	6365	26,5	3,3
2011	53	16188	305	64	98855	1545	65	502858	7736	25,3	5,0
2012	66	23849	361	72	108687	1510	79	606162	7673	21,2	5,1
2013	74	32714	442	76	134339	1768	82	639649	7801	17,6	4,4
2014	84	33826	403	82	128381	1566	85	720688	8479	21,1	5,4
2015	86	36460	424	83	134197	1617	87	793338	9119	21,5	5,6
2016	85	42821	504	87	161712	1859	88	843590	9586	19,0	5,2
2017	89	46839	526	87	159377	1832	93	1061132	11410	21,7	6,2
2018	92	43957	478	93	180808	1944	96	1187468	12369	25,9	6,4
2019	96	44331	462	94	181214	1928	98	1321124	13481	29,2	7,0
2020	95	28769	303	94	182114	1937	98	699648	7139	23,6	3,7

Tabla 33. Tasa de prestaciones individuales intra-box por ingreso y por población bajo control 2010-2020

Año	Ingresos (1)			Población bajo control (2)			Prestaciones individuales			Tasa (1)	Tasa (2)
	Centros que reportan	Total	Media	Centros que reportan	Total	Media	Centros que reportan	Total	Media		
2010	37	8901	241	30	58536	1951	54	266915	4943	20,5	2,5
2011	53	16188	305	64	98855	1545	65	386168	5941	19,5	3,8
2012	66	23849	361	72	108687	1510	79	474160	6002	16,6	4,0
2013	74	32714	442	76	134339	1768	82	499707	6094	13,8	3,4
2014	84	33826	403	82	128381	1566	85	561186	6602	16,4	4,2
2015	86	36460	424	83	134197	1617	87	619076	7116	16,8	4,4
2016	85	42821	504	87	161712	1859	88	645743	7338	14,6	3,9
2017	89	46839	526	87	159377	1832	93	694230	7465	14,2	4,1
2018	92	43957	478	93	180808	1944	96	801711	8351	17,5	4,3
2019	96	44331	462	94	181214	1928	98	898227	9166	19,8	4,8
2020	95	28769	303	94	182114	1937	98	510030	5204	17,2	2,7

### ***Distribución de prestaciones por tipo de profesional.***

Las prestaciones individuales muestran un crecimiento hasta el 2019 que decae cerca de un 40% en el primer año de la pandemia 2020. (Gráfico 13) Las prestaciones realizadas por el psicólogo/a (control, psicodiagnóstico y psicoterapia individual) es la más preponderante y ha descendido proporcionalmente desde un 66,7% de las prestaciones en 2010 hasta un 50% en 2020. Las prestaciones realizadas por médico/a psiquiatra (control y psicoterapia individual) fue de un 7,2% el año 2019. La proporción más alta se produjo en 2014 con un 10,2%. Las prestaciones individuales realizadas por el trabajador/a social (control) han bordeado el 15% y 16% todo el período, con excepción de 2020 que ascendió al 18,2% de las prestaciones individuales. Las prestaciones individuales realizadas por terapeuta ocupacional se mantuvieron creciendo desde un 9,3% en 2010 hasta un 12,9% en 2019, en el primer año de pandemia bajó muy levemente hacia un 12,3%. Las prestaciones individuales de enfermero/a oscilaron entre el 2,8% y el 4,4% del total de prestaciones individuales. Los controles realizados por técnico/a de enfermería ha variado en el transcurso de los años alcanzando un máximo de 3,1% en 2011 hasta ninguna registrada en 2015. Para los años 2019 y 2020 se mantuvo en un 0,9% de las prestaciones individuales. En 2017 se incorporó al registro REM los controles del técnico en enfermería especialista en trastorno por uso de drogas, que desde

ese momento ha bordeado el 8% del total de prestaciones individuales. Ese mismo año también se incorporó el registro de controles por parte del gestor/a comunitario siendo la más baja proporción alcanzada. En 2020 ascendió a apenas un 0,25% de las prestaciones individuales. (Gráfico 14)

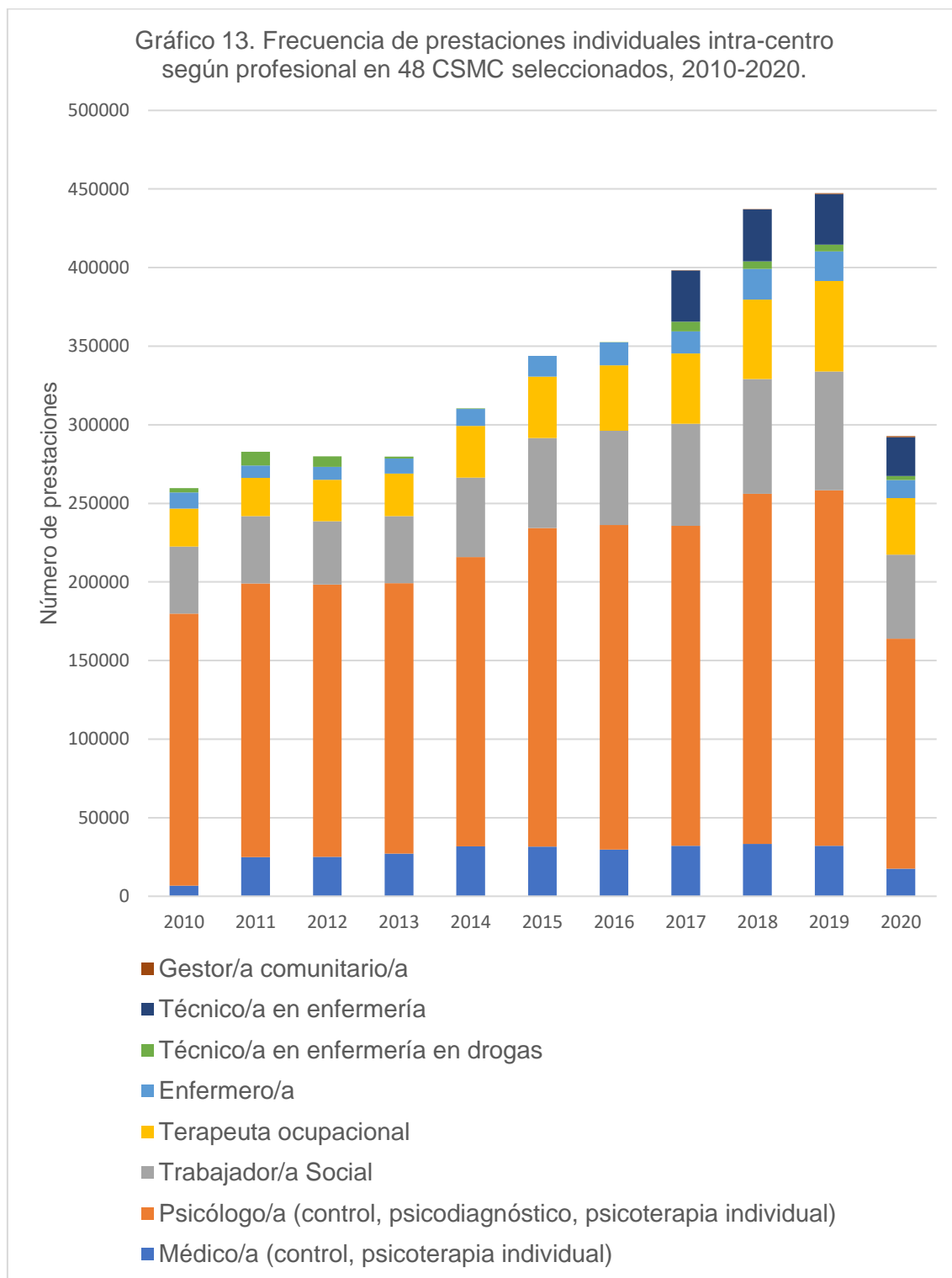
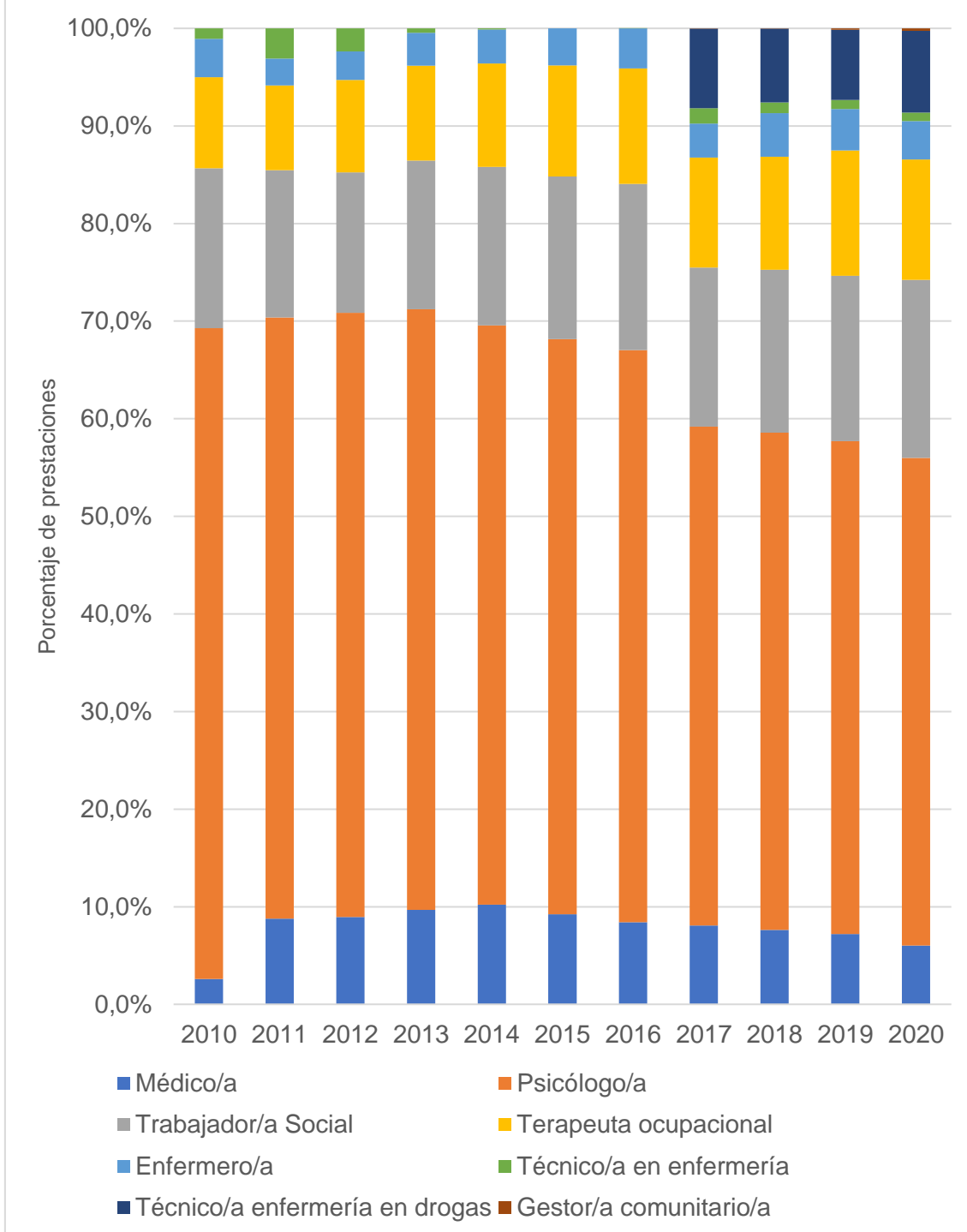
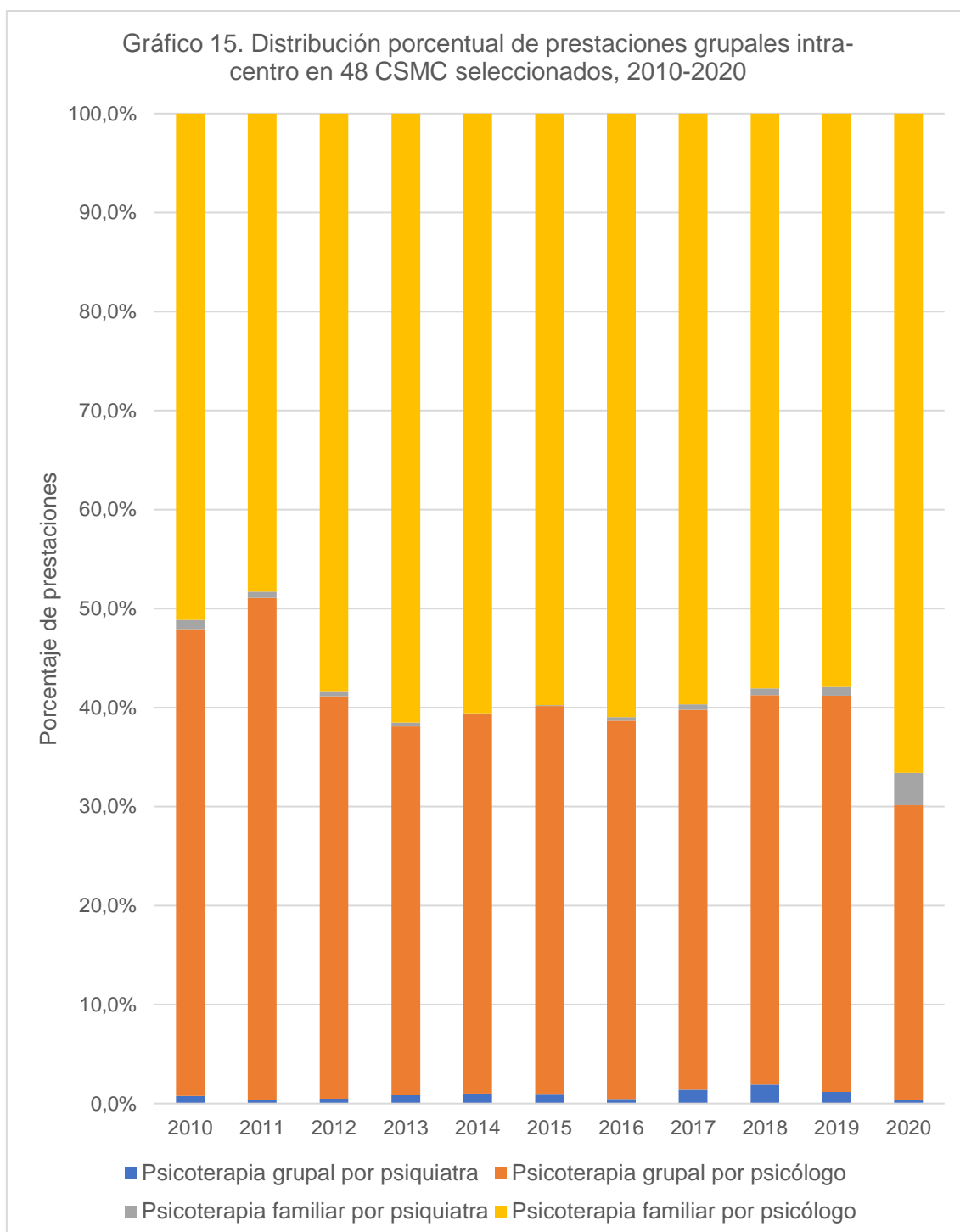


Gráfico 14. Distribución porcentual de prestaciones individuales intra-centro según profesional en 48 CSMC seleccionados, 2010-2020.



Las prestaciones grupales intra-centro son realizadas sobre un 96% de las veces por el psicólogo/a, y la prestación grupal médica intra-centro es casi marginal.

En el año 2020 sin embargo hubo una mayor presencia con un 3,3% de psicoterapia familiar por médico psiquiatra (Gráfico 15).



Los datos tienen la limitación que no registran qué profesionales o técnicos realizan las prestaciones grupales extra-centro.

## VARIABLES QUE RELACIONAN AL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON EL MECANISMO DE PAGO AL CSMC.

En el proceso de análisis de los segmentos codificados, se identificó la referencia a factores de contexto del financiamiento a los CSMC que relacionan al mecanismo de pago con las prácticas de estos centros. Se extrajeron 193 segmentos (15% de la codificación abierta). (Tabla 34) Se procedió al análisis de codificación axial a partir del cual se obtuvo tres códigos superiores:

- Contextos del funcionamiento institucional de salud.
- Contextos de la cultura organizacional.
- Contextos de la relación entre usuario, proveedor y pagador.

Los segmentos fueron identificados para los expertos usuario, proveedor y pagador, en forma separada y en total, dando cuenta de los diversos grados de densidad.

Componentes del sistema	Contexto del funcionamiento institucional de salud				Contexto de la cultura organizacional				Contexto de la definición de las relaciones entre pagador, proveedor y usuarios			
	Usuario	Proveedor	Pagador	Total	Usuario	Proveedor	Pagador	Total	Usuario	Proveedor	Pagador	Total
Personas usuarias	12	9	4	25	6	10	0	16	0	0	0	0
Provisión	0	6	1	7	0	2	0	2	0	0	0	0
Medicamentos y Tecnología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Recursos Humanos	2	2	5	9	0	3	0	3	0	2	0	2
Gobernanza	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Información	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Financiación	17	8	91	116	3	0	1	4	3	0	3	6

Se extrajeron los segmentos del texto que hicieron referencia a las relaciones entre los componentes constitutivos del “sistema CSMC” que son activadas por



los mecanismos de pago. Es decir, aquellos segmentos que hacen referencia a las relaciones entre mecanismos de pago y las prácticas de los CSMC que emergen de las relaciones entre los componentes del sistema. Se obtuvieron 420 segmentos (33% de la codificación abierta).

Para facilitar la identificación de esos factores emergentes en la codificación axial, se organizó una matriz de convergencia agrupando los segmentos codificados según el componente del sistema desde donde se origina la narrativa y el componente del sistema con el que interactúa (Tabla 35). Aunque el cruce se limita a la bi-interacción entre los componentes del sistema, permitió rechequear las múltiples interacciones que se producen entre ellos, en que por densidad de segmentos codificados destaca la combinación que involucra Provisión, Recursos Humanos, Gobernanza y Financiación.

**Tabla 35. Interacciones entre los componentes constitutivos del CSMC que son activados o desencadenados por los mecanismos de pago según usuario, proveedor y pagador: distribución de 420 segmentos codificados.**

Componente intersectado		Personas usuarias	Provisión	Medicamentos	RRHH	Gobernanza	Información	Financiación
		11	149	7	65	87	14	87
Componente original								
Personas usuarias	7	0	6	0	0	0	0	1
Provisión	95	11	16	0	28	11	8	21
Medicamentos	34	0	13	5	1	4	0	11
RRHH	84	0	29	2	29	12	1	11
Gobernanza	83	0	30	0	1	20	3	29
Información	32	0	23	0	0	2	1	6
Financiación	85	0	32	0	6	38	1	8

Cuando se observó que el segmento codificado relacionaba un aspecto del componente con otro aspecto del mismo componente, igual se mantuvo la selección del segmento, dado que se consideró que aporta a la comprensión de las relaciones entre mecanismo de pago y las prácticas de los CSMC dentro de las relaciones entre aspectos diferentes del mismo componente. Estos segmentos quedaron registrados en diagonal en las tablas 35 a la 38.

De la selección de los segmentos codificados relativos a los factores que emergen desde las relaciones entre los componentes del sistema, se procedió

al análisis textual de codificación axial a partir del cual se obtuvieron cuatro códigos superiores:

- Prácticas, recursos y procesos institucionales.
- Creencias colectivas y juicios valóricos sobre los CSMC.
- Definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador.
- Razones o creencias que fundamentan el resguardo de intereses individuales.

Para este análisis se tuvo en consideración la densidad de los segmentos codificados por separado entre expertos usuarios, expertos proveedores y expertos pagadores (Tablas 36-38). Esto para tener consideración de dónde están los principales énfasis y convergencias entre los tres grupos, que permita comprender mejor los factores relacionados con el mecanismo de pago, y en ningún caso para establecer algún tipo de importancia de los factores debido a la densidad. De ellos, 74 segmentos codificados provenían de expertos usuarios (18%), 243 provenían de expertos proveedores (58%) y 103 provenían de expertos pagadores (24%).

Tabla 36. Interacciones entre los elementos constitutivos del CSMC que son activados o desencadenados por los mecanismos de pago según los <b>expertos usuarios</b> : distribución de 74 segmentos codificados.								
Elemento intersectado		Personas usuarias	Provisión	Medicamentos	RRHH	Gobernanza	Información	Financiación
Elemento original		4	15	5	19	17	1	13
Personas usuarias	0	0	0	0	0	0	0	0
Provisión	35	4	10	0	16	2	1	2
Medicamentos	13	0	1	5	1	0	0	6
RRHH	0	0	0	0	0	0	0	0
Gobernanza	11	0	1	0	0	6	0	4
Información	0	0	0	0	0	0	0	0
Financiación	15	0	3	0	2	9	0	1

Tabla 37. Interacciones entre los elementos constitutivos del CSMC que son activados o desencadenados por el MP según los **expertos proveedores**: distribución de 243 segmentos codificados.

Elemento interseccionado		Personas usuarias	Provisión	Medicamentos	RRHH	Gobernanza	Información	Financiación
Elemento original		7	94	0	36	50	13	43
Personas usuarias	7	0	6	0	0	0	0	1
Provisión	44	7	6	0	7	5	7	12
Medicamentos	14	0	11	0	0	0	0	3
RRHH	68	0	25	0	25	11	1	6
Gobernanza	45	0	15	0	1	13	3	12
Información	22	0	17	0	0	2	1	2
Financiación	44	0	14	0	3	19	1	7

Tabla 38. Interacciones entre los elementos constitutivos del CSMC que son activados o desencadenados por el MP según los **expertos pagadores**: distribución de 103 segmentos codificados.

Elemento interseccionado		Personas usuarias	Provisión	Medicamentos	RRHH	Gobernanza	Información	Financiación
Elemento original		0	40	2	10	20	0	31
Personas usuarias	0	0	0	0	0	0	0	0
Provisión	16	0	0	0	5	4	0	7
Medicamentos	7	0	1	0	0	4	0	2
RRHH	16	0	4	2	4	1	0	5
Gobernanza	28	0	14	0	0	1	0	13
Información	10	0	6	0	0	0	0	4
Financiación	26	0	15	0	1	10	0	0

A continuación, se describen los resultados. Como una forma de facilitar la comprensión de estos resultados, se propone una tabla que resume los conceptos claves que relacionan al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC y que emergen del propio sistema (Tabla 39), para posteriormente detallar su descripción.

Tabla 39. Códigos y subcódigos acerca de los elementos que relacionan al modelo de salud mental comunitaria con los mecanismos de pago.	
Código	Subcódigo
Elementos del contexto del financiamiento a los CSMC.	Contextos del funcionamiento institucional de salud.
	Contextos de la cultura organizacional.
	Contextos de la relación entre usuario, proveedor y pagador.
Prácticas, recursos y procesos institucionales.	Que se identifican a partir de las relaciones del componente de “personas usuarias”
	Que se identifican a partir de las relaciones del componente de “provisión”
	Que se identifican a partir de las relaciones del componente de “recursos humanos”
	Que se identifican a partir de las relaciones del componente de “gobernanza”
	Que se identifican a partir de las relaciones del componente de “sistemas de información”
	Que se identifican a partir de las relaciones del componente de “financiación”
Creencias colectivas y juicios valóricos sobre los CSMC.	El juicio de que el pagador quiere financiar conscientemente un modelo medicalizado.
	El juicio de que el personal del CSMC hace lo que dictan sus preferencias.
	El juicio de que el CSMC es un híbrido administrativo para evitar su autonomía.
	El juicio de que al CSMC le falta asumir que las necesidades van más allá del box de atención.
	La creencia de que habrá un sistema de financiamiento para el CSMC cuando la salud mental sea prioridad política.
Definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador.	Identificación de responsabilidades.
	Relaciones de poder entre usuarios, proveedores y pagador.
Razones o creencias que fundamentan el resguardo de intereses individuales.	Razones e intereses del usuario.
	Razones e intereses del proveedor.

### **Elementos de contexto del financiamiento a los CSMC.**

Se describen elementos de contexto organizados en las categorías de funcionamiento institucional y de cultura organizacional. El primero de ellos abarca factores relativos a las prácticas, los recursos y procesos propios de la institución. La segunda categoría abarca factores relativos a las creencias sobre el funcionamiento del sistema de salud en el que se anidan los centros y otros contextos con los que interactúa.

### **Contextos del funcionamiento institucional.**

Respecto de las personas usuarias en el funcionamiento institucional, los expertos usuarios señalan tres factores del contexto social que afecta cualquier sistema de financiamiento para los CSMC. Una de ellas es el aumento significativo de población migrante en algunas regiones, que se asocia con mayor demanda de atención de salud; lo segundo es la inflación que encarece la vida y por tanto hace insostenible el gasto de bolsillo para mantener los tratamientos, por ejemplo no poder costear el traslado o medicamentos no cubiertos; y la posibilidad de acceder a los CSMC independientemente de la afiliación al seguro público o privados, en este último caso debido a que los planes de salud privados ponen restricciones a la atención de salud mental.

*“Porque es increíble que, en la pandemia, el aumento de migrantes que ha traído muchas, muchas enfermedades mentales, que se van juntando junto con la drogadicción. Por ejemplo, aquí ya los situación en calle. Nosotros tenemos toda la costa de Antofagasta con gente que vive en la orilla de la playa, con niños, con guagua, con jóvenes” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“hay personas que bueno, por la pensión de invalidez por suerte ha subido un poco, pero con la inflación no se nota, pero a esa persona, yo al comienzo les decía a muchas personas que en Santiago si uno tiene la pensión te alcanza para comer o para arrendar, no las dos cosas. Entonces no sé cómo, pero en cierta forma así, porque los arriendos son caros en Santiago y hay que moverse mucho en locomoción para conseguir cosas más baratas, entonces o come muy poco y tiene un arriendo. Entonces con la pensión, entonces un gasto extra como un medicamento que no lo garantiza el GES o gasta en pasaje para ir a la atención con psiquiatra o a terapias no están cubiertos” (Experto usuario, hombre, zona sur)*

*“Bueno, siempre se piensa en las personas de escasos recursos, pero yo creo que el COSAM tiene que ser, como se dice ahora, transversal. Tiene que llegar a todo tipo de gente, porque, inclusive más gente que tiene Isapre. Y tal vez deberían tener alguna cláusula, algo que pudieran atenderse también en COSAM, porque ellos a veces como trabajadores pagan una Isapre para tener una mejor salud, a lo mejor, pero no les alcanza para costear la siguiente consulta que van a tener porque la Isapre no les cubre todo” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

Los expertos usuarios también señalan cuatro factores de contexto más específico para salud mental: la alta prevalencia de las enfermedades mentales, dado que este grupo considera enfermedades y condiciones muy diversas, y en

todos los grupos de edad; la percepción de que los usuarios de los CSMC tienen un mayor daño del esperado; las características de los usuarios en el caso de la salud mental se diferencia de la medicina general, porque debe considerar con atención a las condiciones emocionales más allá del buen trato; y la población migrante afectada en su salud mental como producto de las precarias condiciones de migración que requiere atención de los CSMC.

*“acá, por ejemplo, hay las patologías, patologías que tienen las familias, es más, los problemas de... Si hay esquizofrenia de salud mental desde la esquizofrenia, trastornos de la personalidad, bipolaridad, consumo de alcohol, drogas y aparte está el aparte de tener patología, también el consumo, crisis de pánico y más una patología grave también. Chicos y personas adultas con autismo que también tienen patología, esquizofrenia u otra, y que son muy graves, que son graves, por eso que no tienen como cuando ellos se encuentran descompensado es terrible porque se enferma la familia también” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“una persona que va a un COSAM no es la misma que va a un vacunatorio o a una consulta de medicina general. Esa persona puede ir, no sé, con ideas suicidas, como puede ir super feliz. Tú no lo sabes respecto a su cara. Entonces el trato no tiene que ser igual, no. Tiene que haber personas capacitadas, a eso me refiero” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana).*

*“Si bien es cierto en un tiempo, o sea cumplía una buena función de atención de los distintos lugares de la ciudad. Pero últimamente ya se hizo escaso, ya aumentaron los usuarios más con los inmigrantes que han llegado. Hay poco personal, hay ausencia de psiquiatra y ya se está produciendo falta de medicamentos y estamos hablando de los tres COSAM. O sea, todos tienen su problema” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

Por su parte, respecto de las personas usuarias en el funcionamiento institucional los expertos proveedores señalan cinco factores de contexto relevantes en el desempeño de los CSMC asociados a su financiamiento: las condiciones de ruralidad que implica superar barreras de acceso geográfico con mayores costos de traslado asociados; la alta prevalencia de las enfermedades mentales y su consecuente mayor demanda de atención; la determinación social de las enfermedades mentales, debido a la deprivación social, económica, nutricional, entre otras, que tensiona la posibilidad de tratamientos integrales en los centros; el envejecimiento poblacional que está afectando la estructura etaria de los usuarios, la población mayor tiene necesidades que son nuevas para los

centros; y la percepción de que los usuarios de los CSMC tienen un mayor daño del esperado, probablemente asociado a los dos factores antes mencionados.

*“nosotros tenemos territorio tan grande como acá, desde Nueva Imperial hasta Puerto Saavedra, que nosotros en móvil del hospital nos demoramos hasta dos horas de repente en llegar hasta la casa del paciente. Por tanto, no es lo mismo un centro en una ciudad que, claro, quizá tiene que tomar la micro o el colectivo y llega, versus aquí tiene que el usuario a veces tiene que arrendar un auto, pagarle a un vecino hasta llegar a la micro, que la micro a otra micro, que de la micro al colectivo y de ahí llega acá” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“¿Quién paga, quién se hace cargo, quién vela, quién tiene más capacidad o aguante para estas necesidades en salud mental que son tan complejas? Al poco andar con un paciente de salud mental, uno se da cuenta que su necesidad de farmacoterapia o de terapia psicológica es secundaria. Es solo un punto, es sólo un aspecto y están todas las dimensiones de los determinantes sociales. Mientras más grave el caso, más explícito todas las diferencias y dificultades habitacionales, socioeconómicas, dificultades sobre temas de crianza, de alimentación, de nutrición” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

En tanto, los expertos pagadores señalan como contexto que la estructura de aseguramiento de salud que tiene el país provoca que no exista una adecuada estimación del financiamiento requerido para las necesidades de atención de salud mental de la población, y la percepción de que los usuarios de los servicios de salud mental son más complejos o tienen mayor daño del esperado.

*“tenemos un 20 por ciento de gente que está en Isapres, 3 millones de personas, tengo 6 millones de Fonasa que se atiende por libre elección, de los cuales 3 millón y medio sólo se entiende por libre elección. No están inscrito en el consultorio, son personas que estando en Fonasa están asumiendo su gasto, un gasto de bolsillo más alto, y se están atendiendo en la libre elección. Y ellos no tienen ni un acceso a esta atención primaria [...] Entonces yo digo yo lo quiero reforzar, ok, los refuerzos empiezan a funcionar mejor y esa gente que no tiene acceso va a querer acceder y va a colapsar rápidamente y va a generar mayor gasto. El financiamiento se tiene que ver completo por la población y no solo por la gente que está usando actualmente. No sé si me explico a que esto también es un error que muchas veces se cometen y lo que pasa y lo que creo claramente que no se puede seguir financiando vía presupuesto histórico, que eso es un tremendo error, está subvalorado hace mucho rato” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Porque hoy día para mí el tratamiento, por ejemplo, de hace 10 años atrás, probablemente de un adolescente, es mucho más barato que el que*

*nosotros tenemos hoy en día, porque estamos pensando en adolescentes que están fuera de su red familiar, vinculado al Sename, donde han sido vulnerados, con consumo problemático de alcohol y drogas y con un montón de otras cosas que implican que el esfuerzo que hoy día tienen que hacer los equipos y el tiempo de dedicación es muchísimo mayor y debiese ser aún mayor” (Experto pagador, hombre zona central)*

Respecto de la provisión de servicios e intervenciones en el funcionamiento institucional los expertos proveedores señalan dos factores del contexto que afectan dicha provisión. Uno de ellos es que desde el año 2019 con el llamado “estallido social” en adelante se interrumpió la atención que se venía otorgando. El segundo factor es la existencia de las normas de rendimiento profesional para la programación anual de actividades, que es valorado positivamente pues permite ordenar la capacidad de oferta de la atención clínica. Por su parte los expertos pagadores, señalan la pandemia Covid-19 como el contexto más relevante que interrumpió las actividades comunitarias de los CSMC.

*“eso desde el estallido social en adelante se fue perdiendo un poco porque la gente no quería salir, había toque de queda y estamos en una población, entonces como que había, empezaban las barricadas muy tempranamente. En fin, hubo como muchas dificultades. Además, estaba la autorización de salir más temprano, entonces como que hubo hartas dificultades como para poder implementar el modelo comunitario propiamente tal. Y se fue como perdiendo, se fue difuminando” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“Pero acá existe un modelo de atención que yo creo que es la Carta Magna nuestra, que nos ha permitido también poder visualizar qué es lo que podemos hacer y hasta dónde podemos llegar a hacer. Y si son cuarenta y cinco minutos, que se respeten los 45 minutos y que no sea una hora y cuarto, porque va a afectar la calidad de otros usuarios que están esperando. Entonces, yo creo que por un lado el plan de salud mental se ordena, por un lado, pero también al financiamiento” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“la pandemia me puso un stop a ese trabajo que se venía desarrollando porque el año pasado todo lo que tenía que ver con agrupaciones, grupo, trabajo más intersectorial, reunión, quedó paralizado. Entonces hubo un retroceso en ese sentido” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

Respecto de los recursos humanos en el funcionamiento institucional los expertos usuarios plantean que el contexto de las bajas remuneraciones pueden ser el factor que determina que falten profesionales en los CSMC en particular



psiquiatras. Para los expertos proveedores el contexto de pandemia Covid-19 provocó una mayor demanda en los CSMC debido a que la atención primaria reasignó las funciones del personal en particular de psicólogos suspendiendo las atenciones de salud mental.

Para los expertos pagadores el contexto relevante respecto del recurso humano es que existe en el país un mercado de las especialidades médicas que eleva el nivel de remuneraciones al punto de hacer poco atractivo trabajar en el sistema de salud público, hay una crítica respecto de que este mercado es especulativo. Sin perjuicio de esto, se plantea que existe un contexto de bajas remuneraciones en especial para profesionales no médicos y técnicos de los equipos.

*“los pacientes, le reitero que más agradecen la prestación que se le puede dar es una buena atención respecto, por ejemplo, a la psiquiatría. Lamentablemente es bajo el presupuesto. Entonces, cuando llaman a concurso no se presenta nadie. Y acá en COSAM Cerrillos los últimos psiquiatras que ha habido son los que están pagando beca. No llegan porque sea un buen sueldo el que van a recibir” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Lo que pasó es que muchas de las personas que trabajaba en Atención Primaria, sin poner juicio valórico, siguen sin hablar mal de la atención primaria, pero los psicólogos de Atención Primaria fueron puestos en otros puestos de trabajo, en la farmacia, entregando medicamentos, haciendo atención de entrega de leche, haciendo otras funciones y la atención mental quedó absolutamente de lado” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“Y creo que los médicos en Chile y los especialistas ya instalaron en Chile, un sistema muy especulativo respecto al cómo se remunera y se vinculan con el sistema y es un defecto que tiene que tratarse como política pública en algún minuto. Y espero que el próximo gobierno tenga que enfrentar esta realidad, porque si no esta cosa es bien difícil. Hay una espiral de costo que es bien complejo manejar” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

Respecto de la gobernanza en el funcionamiento institucional los expertos proveedores señalan que el principal contexto son los planes nacionales de salud mental y psiquiatría comunitaria, que guían la acción de los centros.

*“yo creo que aquí dentro, desde que partió el primer plan de salud mental ha sido yo creo que la luz que nos ha guiado en este recorrer de algo que nadie sabía cómo se hacía y que hoy en día está absolutamente normado y ordenado” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana) C.M.RM.3*

Respecto de los sistemas de información en el funcionamiento institucional los expertos pagadores señalan que el principal elemento de contexto es que las tecnologías de información en salud han tenido una limitada efectividad, aun cuando el sector ha invertido en forma significativa en este componente.

*“yo creo que uno de los grandes defectos y barrera que tenemos, carencia que tenemos, la no capacidad de trazabilidad. O sea, aún a pesar de que estamos tratando de montar la trazabilidad del paciente en mi sistema de salud, yo todavía no, todavía no la puedo identificar con claridad, a pesar de todos los recursos que se ha invertido en tecnologías de información en salud y no sé si se ha hecho mediante el estudio de la efectividad de todas las "lucas" que se han puesto en tecnología de información en los últimos 20 años” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

Respecto de la financiación en el funcionamiento institucional los expertos usuarios describen varios aspectos del contexto relevantes de considerar. Señalan que los CSMC se habilitan en instalaciones que no han sido construidas especialmente para ello, muchas veces se arrienda, y ellas no cuentan con la autorización sanitaria formal que deben extender las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIs). Por otra parte, relatan que en el marco de las políticas de participación que tiene el país, el FONASA también ha constituido Consejos Regionales con participación de representantes de usuarios y la comunidad; y en esta instancia constatan que la salud mental no ha sido priorizada o puesta en agenda. También plantean que en ese mismo marco de las políticas de participación se ha impulsado la realización de cuentas públicas por parte de los diversos niveles de gestión del sistema de salud, sin embargo, en esas instancias no se ha transparentado el uso de recursos destinados a salud mental. En 2020 se promulgó la ley 21.331 sobre protección de los derechos en la atención de salud mental, ley cuestionada por las organizaciones de la sociedad civil en particular por carecer de financiamiento. La pandemia Covid-19 reflejó más brechas de atención del CSMC. Advierten que es evidente que el Ministerio de Salud carece de una política de financiamiento hacia los CSMC, y menos que se reconozcan el modelo comunitario en las lógicas de financiación. Señalan que en la relación con quienes están a cargo de las estadísticas del sector y el financiamiento, hay desconocimiento del modelo de salud mental comunitaria.

*“Porque el edificio donde funciona COSAM más encima no tiene resolución sanitaria. Ese es el otro problema que tiene nuestro COSAM. Pero estamos en un edificio totalmente deteriorado, muy antiguo, no tiene acceso a minusválidos, no cuenta con ni calefacción. El internet se cae porque las conexiones eléctricas colapsan. Se corta la luz. Los baños son deplorables. La cocina es horrible. Está todo. Nunca se ha hecho mantención en ese edificio. Y hay un edificio que dejó el servicio de un CESFAM que al que se le construyó un edificio nuevo. Entonces nosotros desde el año 18 que estábamos peleando ese edificio que dejó el CESFAM para COSAM, porque ese edificio ya cuenta con resolución sanitaria por lo menos. Tiene acceso a silla de ruedas. Tiene un montón de comodidades de que este edificio no cuenta. Pero por burocracia no se ha podido entregar” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Este CESAM lleva 12 años me parece. Este CESAM empezó en una casa, arrendando una casa. Después, con los años, se fueron a arrendar otra casa. Y después, buscando con el director del hospital, encontraron una posta muy antigua que había allí en el sector de Las Compañías. Indagando, indagando se dieron cuenta que era pertenecía al servicio de salud, así que ahí tomaron ese edificio. Pero de que faltan mejoras en ese edificio, le falta, porque imagínense, es una posta de los años que yo nací acá, tiene muchos años esa posta, muchos años” (Experto usuario, mujer zona norte)*

*“Para Fonasa salud mental no era como le dijera algo relevante, no era salud como se dice, el problema de salud mental, pero ahora por lo menos se dio un pequeño paso y hay algunas cosas que las cubre Fonasa, ¿me entiende? Si es que yo quiero acceder, pero son mínimas y ha sido muy relegado el tema de Fonasa ante lo que es salud mental” (Experto usuario, mujer, zona central)*

*“Ahora no sabemos tampoco quién paga el psiquiatra si los paga la municipalidad o lo paga el servicio. Porque como tenemos un híbrido, entonces porque hay cosas que pagan ellos y otra cosa que pagan los otros. Entonces es que ese detalle de cosas nos gustaría que se nos informara más” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Salió la ley 21.331. Que es una ley que no tiene financiamiento, no tiene financiamiento, tiene muy buena intención y muy buena. Uno se llega a emocionar cuando lo lee. Hubo un grupo muy grande de profesionales de sociedad civil que hizo ver sus críticas en su momento, cuando estaba esa ley, ya casi en proceso de promulgarse, porque no tiene financiamiento. Es verdad, es una ley sin financiamiento” (Experto usuario, hombre, zona metropolitana)*

*“Yo creo que debería generarse un poco más de recurso para lo que es salud mental, porque nosotros tenemos que ver que la salud mental está acaparando casi el primer, el primer lugar en problema de salud del país. Entonces, y a nivel mundial, esto ha sido, ha ido, ha ido creciendo sistemáticamente. Y ahora con el tema de la pandemia, los COSAM tienen*

*mucho, mucho más trabajo. Mucha gente que rescatar” (Experto usuario, mujer, zona central)*

*“Porque todo, sobre todo toda esta idea del trabajo de grupos de autoayuda, cuando uno lo ve desde el Fonasa, que es el que mira la cobertura universal, desde mi punto de vista no está bien planteado el tema, no comprende la dimensión de este tema. Quienes están más en lo técnico, en salud mental, lo entiende, pero eso no es suficiente, porque quienes toman las decisiones de financiación no están ahí, están en el Fonasa, están en el Ministerio de Hacienda y hay que hablar en un lenguaje que ellos entienden para, para mostrarles la importancia que esto tiene y cómo los recursos son mucho mejor, mucho mejor aprovechado cuando se consideran este tipo, esta forma de trabajo que es que sólo seguir construyendo hospitales, pero hay que lograr hablar su lenguaje para para que ellos adopten estas recomendaciones, porque hay mucha distancia entre el lenguaje comunitario y el lenguaje de los presupuestos públicos. Y eso hay que cerrar esa distancia para poder influir realmente” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

Los expertos proveedores señalan como elementos de contexto la privación sociocultural de algunos sectores de la población, la dispersión geográfica que se constituye en barrera de acceso y el contexto de inseguridad social de los lugares en los que muchas veces están ubicadas las instalaciones de los CSMC. Estos serían factores de contexto que finalmente son riesgos que no se consideran en el financiamiento.

*“ya que acá en nuestra zona es bastante cierta dispersión geográfica [...] y la gente, las personas que padecían de trastornos mentales no cierto, tenían que viajar a Coquimbo, La Serena. Estamos hablando de una distancia de 300 kilómetros para poder acceder a una atención de especialidad” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Porque si yo además tengo dificultades de acceso y me van a atender con lo justo en un lugar que además es complejo. Con profesionales que además están menos motivados o más asustados, o con cierta restricción horaria, porque saben que después de tal hora no se puede atender o hacer visitas y es justo la hora donde la persona vuelve de su trabajo, porque la idea es que los pacientes trabajen, no que sean algo así como COSAM dependientes y de por vida. Entonces es una serie de cuestiones donde uno piensa cómo se financia a estos centros de manera más amplia, por ejemplo, no sé luminaria para acceder al lugar, cuando se pensaba que los programas estuvieran en el corazón, en el ombligo de la comunidad, que está muy bien porque ya no vamos al manicomio. Pero yo no sé si avanzamos, por ejemplo, en seguridad y en acceso real” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

Los expertos pagadores describen como aspectos de contexto que se debe reconocer que la población beneficiaria del FONASA está insatisfecha frente a la promesa de acceso, pues en la práctica las personas deben esperar mucho para recibir atención de salud mental. El contexto de la pandemia Covid-19 reflejó más brechas de atención de salud mental. Sin embargo, se señala que este problema de acceso no puede ser atribuido exclusivamente a falta de recursos. Se advierte que en democracia Chile incrementó sostenidamente el presupuesto en salud, aumentando significativamente el PIB en salud, siendo actualmente alrededor de los 9 puntos porcentuales.

Los expertos pagadores del seguro público desarrollaron una reflexión crítica más amplia sobre el contexto de la financiación en salud mental. Señalan que está pendiente concluir la discusión sobre la salud mental en el plan de salud universal o en la cobertura universal de salud, que es lo que debe ordenar los esquemas de financiamiento, los mecanismos de pago, el modelo de atención y el modelo de gestión, existiendo frustración frente a esta tarea inconclusa.

A juicio de estos entrevistados, en el desarrollo de políticas de financiamiento del sector salud postdictadura, y en el marco de esfuerzos por reformar el sector, se incorporaron mecanismos de pago en canastas por diagnóstico garantizadas por ley (GES) sin claridad de la orgánica de los mecanismos con el conjunto del presupuesto del sector. Cualquier política que apunte a la universalidad requiere pensar en mecanismos poblacionales de pago, más que orientados a una lógica de cobertura individual que compromete un seguro de salud. La introducción de los GRD permitió con resistencia abordar el mecanismo de pago hospitalario, pero no resolvió la atención ambulatoria. La capitación tomó fuerza para los objetivos de la atención primaria de salud municipalizada, aunque para ser un mecanismo poblacional requiere de introducir riesgos poblacionales asociados al territorio en donde viven las personas, esto no se ha producido. En este contexto la tensión es entregar los recursos para las personas enfermas, lo que es contraintuitivo desde una perspectiva poblacional que busca mantener una población sana. En esta tensión no se han incorporado mecanismos orientados a financiar los resultados. La introducción de la salud comunitaria aumenta esta tensión. El contexto relevante para los CSMC es que la lógica de financiamiento

para la atención ambulatoria especializada tiene escaso desarrollo en la discusión de los pagadores y en la toma de decisiones.

Los expertos pagadores del seguro público señalan que la cuestión más global del contexto es sobre la concepción del sistema de salud chileno, dado que hay una discusión política respecto de avanzar profundizando un sistema de salud en base a seguros, y ahí la discusión es si contar con un seguro único o tener multiseguros. O si se debe avanzar hacia un sistema nacional de salud. Esta es la cuestión previa. A partir de estas definiciones, la cuestión es cómo definir un plan de salud, pues lo que se aprecia son un conjunto de programas que han perdido una orgánica. En definitiva, señalan que se termina estableciendo algo así como un plan de salud segmentado.

*“La población FONASA, declara estar insatisfecha. Que reconoce ciertos aspectos que ha mejorado su apreciación de ciertos servicios, pero con el sistema de salud está claramente insatisfecho. Y esa es la mejor respuesta. No tengo acceso. Me cuesta acceder. El psiquiatra me da hora para, hora para tres meses más, no para 15 días ni para la semana que viene, sino en tres meses más que ahora con la pandemia se discontinuo. Entonces todo, todos los indicadores, tenemos una población que está un poquito a la deriva, te fijas, están sin atención, sin acceso” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“vino la pandemia, así que yo creo que la pandemia reflejó claramente lo todas las heridas. Es decir, todo lo que estaba detrás de la cuestión y todos los problemas que tenemos y salud mental bueno, no lo has visto es claramente una herida gigante” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“cuando dicen si en Chile falta recursos y digo, yo ya lo entro a dudar. Por qué? Porque ya el último, desde la Presidenta Bachelet 1 en adelante el presupuesto de la Nación ha ido creciendo en torno al 7 u 8 por ciento el tema de salud de un 4 por ciento del PIB, estamos gastando un 9 por ciento del PIB en salud” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“En definitiva, lo que estamos discutiendo hoy día, cómo va a caer esto de la salud mental y sus estrategias dentro de concepto de plan de salud universal o de cobertura universal más amplio todavía” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“yo siento que la capitación como mecanismo de pago de la APS y los PRAPS como programa de reforzamiento versus el GRD, si yo introduzco GRD, estoy relevando en la discusión de política pública, de financiamiento estoy relevando la hospitalización, la atención cerrada y créanme, que en la discusión interna aquí, esto es una cuestión permanente” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Si nosotros analizamos este sistema de financiamiento de atención primaria Municipal, porque después yo quiero discutirle el mecanismo. Te das, te das cuenta que no está recogiendo la realidad completa de la población y genera está generando equidad que, que la Pintana recibe. Además, le sumo, como es auto financiado por municipio, hay municipios ricos que aportan más plata, entonces lo que está logrando que tenemos país, tenemos una atención primaria de país de primer mundo versus que tenemos una atención primaria a mi gusto de país en alguna parte casi de países africanos, a muy muy muy muy muy débil” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Es decir, yo tengo una población enferma y como tengo una población enferma necesito mayores recursos para para tratarla. Yo entiendo que esta lógica para los salubristas, especialmente amante de la atención primaria, es contraintuitivo, que porque te digo contraintuitivo, es decir yo te financio por población enferma entre comillas, siendo que el espíritu es de la atención primaria, es prevenir y promocionar la salud. Digo no, yo como digo, no es contraintuitivo, es reconocer un hecho como yo no tengo la población igual y tengo población más enferma por otros factores, te tengo que dar un mayor recurso para que esa población no se siga enfermando y a lo mejor se pueda tratar” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Buena parte del mundo desarrollado venía de vuelta ya con el fee for service y están introduciendo ya en los 70 mecanismos como la paquetización o o algún otro, no es cierto que tuvieran más bien un enfoque poblacional o el GRD de justamentemente o los grupos relacionados con costos, o sea varios mecanismos que tuvieran fueran enfocándose hacia la actividad, hacia el paciente [...] Ahora, cuando se introduce el concepto de la salud comunitaria, primero, como yo diría que gran, el gran desafío fue cambiar, hacer un salto hacia el poder pensar más bien en mecanismos poblacionales” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“todos se enfocan a la hora de definir y mejorar el mecanismo de pago, pero aquí tenemos un mecanismo, un esquema de financiamiento que es más amplio que los egresos hospitalarios. O sea, implican mirar la resolución integral en lo ambulatorio, hablar de procedimientos complejos, medicamentos de alto costo, la atención de urgencia como pilares, por decirlo así, ejes de financiamiento. La suma de eso es como tú financias una red asistencial hospitalaria, no solamente el GRD en egresos. Pero si usted me pregunta a mí la velocidad en lo ambulatorio, estamos muy muy muy en pañales. Y eso implica también salud mental a nivel hospitalario” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Mucha de la discusión políticas que se ha basado en Chile se ha basado en el aseguramiento y lo hemos discutido mucho tiempo de si queremos multiseguro o queremos seguro único, siendo que yo creo que hay que tener una discusión previa anterior. Queremos un sistema basado en*

*seguros de salud o en financiado un impuesto general 100 por ciento que un sistema nacional. Porque el modelo inglés, porque yo escuchado que dicen el modelo inglés, no tiene seguro único, no tiene seguro el modelo inglés. Tienen NICE que es un ETESA, tienen NHS que es la red de servicios, pero no tiene, no tiene un FONASA, no tiene seguro porque ese sistema no funciona como seguro. Quiero un sistema de seguro con un seguro único ya el canadiense o el coreano que es un sistema, es un sistema de un seguro, con una red de prestadores público privado, pero es un seguro es la primera decisión que se tomó. Yo creo que ahí también falta. ¿Por qué? Porque con esta decisión tú articulas la red, porque si tú piensas en un sistema de Servicio Nacional de Salud, todo lo que tiene que articular es la red y después tienes el financiamiento, viene de abajo para arriba. Es decir, yo voy a ir financiando lo que yo pueda producir” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“lo otro que me preocupa de todas, es exactamente el mismo problema del plan de salud familiar en plan de salud que existen, que a mi entender debería existir un solo plan de salud súper claro, súper conocido, súper. El plan de salud se ha ido segmentando mucho, tengo el de atención primaria, tengo uno secundario, tengo el GES, tengo de Enfermedades raras, tengo ley de cáncer ahora y a lo mejor va a venir una nueva ley de salud mental y van a venir fondo para salud mental con otras cosas. Y con lógicas tanto de priorización, incorporación, de financiamiento, diferente y eso genera un caos, un desorden, entonces también desde la Academia o de las políticas, deberían decir, ¿saben? Debíamos ocupar una sola lógica. No tener. Porque el GES funciona con una lógica, Ricardo Soto funciona con otra lógica, Enfermedades raras funciona con otra lógica, el cáncer está funcionando con otra lógica. Entonces, si llegara a haber una ley de salud mental, lo más seguro es que le genere una tercera lógica. Y ahí sí que ya por eso empiezan a generar inequidades. Por eso algunos empiezan a decir GES me funciona bien, pero si después esta cuestión no es GES y cae en enfermedades raras no me cubre. Entonces este tipo de cosas yo creo que hay que tratar de evitar. Está muy dividido ese tipo de cosas” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

### **Contextos de la cultura organizacional.**

Los expertos usuarios describen como aspecto del contexto relevante de considerar al estigma, prejuicio y exclusión de las personas usuarias, incluso dentro de la misma organización.

*“Todavía hay muchos profesionales y tenemos mucha comunidad que en la salud mental, la persona que tiene problemas de salud mental es como relegado y aún existe eso” (Experto usuario, mujer, zona central)*

*“El trabajo de los que vienen, las personas que están sufriendo ahora. Hay muchas personas que tienen miedo de ir al psiquiatra o un COSAM o un CESFAM, porque tienen miedo de la etiqueta de loco. Con el pensamiento*



*dicotómico, normal, anormal, racional e irracional” (Experto usuario, hombre, zona sur)*

*“creo que nos falta mucha información, falta eliminar el estigma con respecto a las enfermedades mentales” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

Por su parte, los expertos proveedores señalan cuatro factores de contexto de la cultura organizacional respecto de las personas usuarias. La diversidad geográfica implica considerar distintas cosmovisiones frente a la salud mental, lo que se observa en zonas rurales y en pueblos originarios. También se señala la inexistencia de una cultura de lo comunitario dentro de los propios usuarios. Destacan el estigma, prejuicio y exclusión. Finalmente, en los centros todavía la comprensión de la enfermedad mental está desconectada de las condiciones sociales.

*“más que por la financiación, yo creo que tiene que ver ahí temas como más de cosmovisión, donde el usuario como de la etnia mapuche, duro y puro, o sea, muchas veces le cuesta un poco aceptar esta medicina para el no tradicional y buscan obviamente en Lawen buscan el tema de la medicina más mapuche. Buscan la ayuda de la machi. Por lo tanto, más culturalmente, más que algo presupuestario, limita a veces a las personas a venir acá” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“Acá al ser una zona rural, hay mucha, hay mucho machismo, hay mucha violencia intrafamiliar” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“por lo menos en este territorio y quizás en Oriente, pero en particular en Providencia. No hay cultura de lo comunitario, la asociatividad es muy baja” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“Hay mucho prejuicio, no solo estigma, prejuicio también. No todo es estigma, clasismo, racismo. Eso también existe prejuicio. Mucho más básico. Una sensación de extrañeza respecto de un vecino y más aún de un recinto como éste [...] salud mental no es solo del fármaco, el vecino hágale saber que es, también asociar, vincularse, se aprenda a tener espacios donde usted pueda desarrollar sus inquietudes, sus legítimos deseos, luchar contra la exclusión. La exclusión de todos nuestros pacientes, acaso todos excluidos. Básicamente uno trabaja con ella [la exclusión]. Y bueno, ¿cómo se financia eso? [...] No puede ser que yo sea obediente con la medicina. Tienes que cambiar también elementos en mi entorno. No, si tengo balacera nocturna no voy a dormir bien, aunque me peguen un palo. Tengo una casa donde quiero, como el sentido común de esas cosas. Si quiero permitir o potenciar que la salud mental comunitaria esté en el corazón de la comuna (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

Respecto de la cultura organizacional en la provisión de servicios, los expertos proveedores describen como aspectos del contexto relevante de considerar que la organización no innova respecto de sus actividades debido a que está acostumbrada a funcionar con rendimientos normados de las prestaciones. Otro aspecto de contexto en la cultura organizacional es el juicio de que el centro tiene una forma de funcionar que no incorpora la determinación social de la salud mental.

*“Uno quisiera que hubiese más tiempo para todo, tiempo para que el papá o la mamá aprendan a vincularse con el hijo. Tiempo para el colegio que se dio y el niño se adapte. Tiempo para que el tratamiento haga su efecto. Pero no hay tiempo y tampoco hay espacio. Y que los espacios que tenemos son complejos, son reducidos. ¿Entonces también cómo financiamos eso o qué vamos a incentivar? Necesito pensar de otra manera. Necesito estar con sociólogos el financiamiento en salud mental. Necesito pensar con antropólogos” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“No queremos otro estallido social. Para que esto ocurra, queremos que ocurra. A propósito de que este estallido social no ocurre, porque si no es que llegó un cometa así. De afuera endógeno, como decían antes, a propósito de la depresión. Entonces también tiene que ver con leer los tiempos modernos, tiempos de cambio, de incertidumbre, de mucha convulsión, entonces hay que decir bueno, quizá algo en nuestra manera de ofrecer un servicio de en esta materia tiene que hacer oído de cómo se construyen las realidades modernas, ¿no? Y eso es un salto cuántico” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

Respecto de la cultura organizacional en los recursos humanos, los expertos proveedores señalan como elemento de contexto que en la formación universitaria se desconocen los propósitos, conceptos o instrumentos para el desempeño en el marco del modelo comunitario. Los profesionales no se forman a favor de la salud mental comunitaria.

*“Así como hay comunas que tienen dos y hasta tres como X de distancia respecto de otros territorios, también los propios profesionales que habitan estos territorios, no sólo los usuarios externos, sino en nosotros mismos, en cómo nos han formado la universidad. Yo le metería mano a la malla de la universidad desde el colegio en adelante, el Ministerio de Educación Barrial [...] hay cosas mínimas que sé criterios de asociatividad. No tengo idea. De ahí toda la malla de trabajo social, de psicología deberían tener algo de esto. No es muy de locos, como que no pase nada y de repente no nos encuentren estas realidades, las de medicina hay una bata [...] Pero también capacitaciones como que toquen*

*esa fibra más como ontológica, como filosófica, de decir por qué realmente estamos aquí, para qué y para quién estamos acá. Entonces, cuando me empiezan a financiar el hacer charla, por lo menos capacitar a los directivos y algunos agentes de la comunidad también para hablar el mismo idioma como aliado. Y empiezan a financiar esto que llevo años diciendo que no me pagan pa qué raro. Yo no tengo una bola de cristal, es difícil. Pero creo que hay que hacerse cargo de eso, como de que el incentivo es un arma poderosa” (Expertos proveedores, hombres, zona metropolitana)*

Respecto de la cultura organizacional en la gobernanza, los expertos proveedores señalan como elemento de contexto que la ciencia avanza sin que necesariamente se revisen las bases valóricas del modelo de atención que tiene el sistema de salud.

*“Algo con lo que tiene que lidiar, que es que la ciencia avanza sucesivamente, donde tú puedes tener un edificio de diez o cien pisos, pero la entrada sigue estando en el primer piso. Entonces, a veces los valores fundamentales de los que se basan ciertas explicaciones o modelo que se perpetúan en el tiempo necesitan también una revisión. Y eso es difícil porque inquieta a mucha gente” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

Respecto de la cultura organizacional en la financiación, los expertos usuarios y los expertos pagadores señalan como elementos de contexto que existe mucha desinformación sobre la salud mental que dificulta la comprensión de la importancia de su financiamiento. Los expertos usuarios también señalan que debido a la falta de una política clara de financiamiento de los CSMC el pagador no asume alguna responsabilidad al respecto.

*“Y en la universidad yo cuando estudié nunca me enseñaron nunca un ramo de salud mental. Yo vine a aprender el problema de salud mental con lo que le pasó a mi hijo. Pero después, ya de vieja, recién me puse a estudiar y de nuevo a estudiar con referente a la salud mental, porque a mí nunca me enseñaron tampoco en la universidad” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“Yo creo que probablemente lo primero que hay que hay que hacer es una peregrinación en cuanto a modelo, porque la verdad es que la gente y cuando uno va a conversar con los referentes estadísticos, con los referentes de pago, hay cosas que cuestan un montón que se observen como cosas que son necesarias, potentes y que efectivamente potencian la realización de personas y la recuperación de personas” (Experto pagador, hombre, zona central)*

*“FONASA siempre va a decir no tengo plata porque es una manera muy fácil de lavarse las manos y decir usted haga lo que pueda” (Experto usuario, hombre, zona sur)*

**Contextos de la relación entre usuario, proveedor y pagador.**

Respecto de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador sobre los recursos humanos, los expertos proveedores observan como elemento de contexto de que en el sistema de salud hay frecuentes cambios en las jefaturas superiores careciendo el sistema del deber de hacer procesos de inducción sobre salud mental.

*“No se sabe qué es lo que proyecta el trabajo de los directores médicos. Van cambiando. Entonces hay que estar también induciendo al director nuevo [...] porque no saben lo que es [el CSMC] No sabe qué hacemos y empezamos a hacerle inducción cada vez que cambia la jefatura. Hay que hacerle la inducción (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

Respecto de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador sobre la financiación, los expertos usuarios observan como elemento de contexto de que existe una relación instrumental del proveedor y del pagador con las organizaciones de la sociedad civil, que impide que éstas tengan el poder de influir realmente en la toma de decisiones sobre financiamiento en salud mental. También señalan que hay un deber pendiente de sensibilizar a los gobiernos de turno sobre los problemas de salud mental.

*“Si a mí me gustaría que se pudiera transparentar los recursos, porque siempre se hablan sobre todo de las cuentas públicas. Yo ya no voy a las cuentas públicas porque siempre se habla de las cosas que se hicieron, de lo que se gastó, nunca se hablan. ¿Teníamos tal meta para este año, pero cumplimos un 80% nomás, ¿no? Nosotros como ciudadano común y silvestre, no nos enteramos de esas cosas. Entonces eso es lo que a mí me gustaría. Yo, por ejemplo, ahora, perteneciendo al Consejo, me gustaría saber si los 140 millones que he da de presupuesto para nuestro COSAM el servicio, alcanza o no. En qué se basan para dar 140 millones. Esas cosas a mí me gustaría saber o si hay posibilidades de un aumento en los presupuestos porque, por ejemplo, no se puede pagar un psiquiatra” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“llevo como seis o siete años en el Consejo Fonasa y nosotros siempre pedimos que Fonasa hiciera algo por el tema de salud mental, porque no tiene ningún arancel que diga se financia algo en salud mental. Hemos, esto ha sido una lucha que hemos venido dando hace mucho tiempo [...] Entonces yo creo que esto hay que sensibilizar un poco, pero desde*

*arriba. Yo creo que nosotros, nosotros, la comunidad estamos sensible, estamos mirando de otra forma lo que es salud mental, pero tenemos que sensibilizar a quienes tenemos la cabeza del país, tanto el Ejecutivo, porque si de ellos no vienen los recursos para salud mental, nosotros no podemos hacer nada, se nos van a seguir suicidando personas, van a seguir cayendo gente en la droga, va a seguir cayendo gente en el alcohol, la violencia intrafamiliar y porque nosotros sabemos que droga y alcohol trae violencia intrafamiliar” (Experto usuario, mujer, zona central)*

En tanto, para el experto pagador como elemento de contexto existe un problema de roles en la definición de responsabilidades que le competen al pagador y al proveedor, que no está claro.

*“Yo creo que hay de nuevo parte de un problema de roles. Me explico, yo como Fonasa no me tengo que meter en las cosas clínicas ni articular la red. Yo tengo que financiar. Yo calculé cuánto sale financiar y yo te pago por resultado, por población sana. Si tú la atención me la quieres hacer en box, me lo quería hacer en la comunidad, o con una tecnología a tecnología b tecnología C Para mí debería ser indiferente. Yo te doy, yo te estoy pagando por resultados. Yo pago 100 pesos porque en mi primer riesgo yo pago 100 pesos y estoy dispuesto a gastar 100 pesos 200 pesos, 300 pesos en salud mental. Ustedes Redes sean preocuparse de autogestión, metan tecnología y saquen el mejor provecho con esos recursos. Pero el Estado en general no está acostumbrado a hacer eso. Está acostumbrado a que todos le digan entonces o que Fonasa o que Redes me digan a mí como servicio de salud o como consultorios, que es lo que tengo que hacer. Yo digo mentira, yo no le tengo que decir, yo digo tienes la plata para financiar la atención psiquiátrica, hazlo, por qué hay hospitales que lo hacen y otros no, porque dependen cómo se organizan la comunidad, cómo se organizan los médicos, porque tienen un director bueno o tienen un y tienen un par de personas que son más clever, porque algunos confirman hora y aumentan un 30 por ciento productividad usando como lo que está haciendo la Chile, inteligencia artificial para ir viendo si la persona va a ir o no y a la consulta, cosa que en el privado ya lo tienen y acá no. Ah es que no tengo el financiamiento y que no me lo han dicho, y es que nadie te tiene que decir nada” (Experto pagador, hombre, zona metropolitana)*

Lo descrito en este capítulo se resume a continuación (Tabla 40) señalando los elementos de contexto que surgen relacionados con los mecanismos de pago a los CSMC, y se detalla entre paréntesis desde quién proviene los segmentos codificados que se agrupan en la categoría.

Tabla 40. Elementos del contexto del financiamiento a los CSMC asociados a los mecanismos de pago según los expertos usuarios (**U**), expertos proveedores (**Pr**) y expertos pagadores (**Pg**) entrevistados en el estudio.

Componentes del sistema	Contexto del funcionamiento institucional	Contexto de la cultura organizacional	Contextos de la relación entre usuario, proveedor y pagador
Respecto de las personas usuarias	<p>Usuarios con mayor daño y complejidad que la esperada (U, Pr, Pg)</p> <p>Alta prevalencia de enfermedades mentales (U, Pr)</p> <p>Determinación social de los problemas de salud mental (migración, costo de la vida, ruralidad, deprivación, envejecimiento) (U, Pr)</p> <p>El sistema de seguros deja un alto porcentaje de personas fuera del acceso a lo CSMC y con alto gasto de bolsillo en salud mental, esto impide dimensionar el financiamiento (U, Pg)</p>	<p>Percepción de estigma, prejuicio, exclusión de las personas usuarias (U, Pr)</p> <p>Cosmovisiones distintas en zonas rurales, y en pueblos originarios (Pr)</p> <p>Juicio sobre la inexistencia de una cultura de lo comunitario en personas usuarias (Pr)</p> <p>Concepción de la enfermedad mental desconectada de las condiciones sociales de vida (Pr)</p>	
Respecto de la provisión de servicios e intervenciones	<p>Estallido Social interrumpió atención (Pr)</p> <p>Pandemia Covid-19 interrumpió atención (Pr, Pg)</p> <p>En el sistema de salud el rendimiento de las actividades profesionales está normado (Pr)</p>	<p>Juicio de que los CSMC no innovan porque funciona con rendimientos normados de sus intervenciones (Pr)</p> <p>Juicio de que los CSMC mantienen una forma de funcionamiento que no incorpora la determinación social (Pr)</p>	
Respecto de los recursos humanos	<p>Recurso humano insuficiente debido a bajas remuneraciones del personal de los CSMC (U, Pg)</p> <p>Recurso humano insuficiente debido a reasignación de funciones del personal de atención primaria en pandemia Covid-19 sobrecarga la demanda en los CSMC (Pr)</p>	<p>Juicio de que la formación universitaria no ha incorporado los propósitos, conceptos, evidencia e instrumentos de la salud mental comunitaria (Pr)</p>	<p>Observación de que en el sistema de salud cambian las jefaturas superiores frecuentemente, sin que exista el deber de su inducción en salud mental (Pr)</p>

	Recurso humano insuficiente debido a un mercado de las especialidades médicas que eleva el nivel de remuneraciones que no alcanza el sistema público (Pg)		
Respecto de la Gobernanza	Planes nacionales de salud mental y psiquiatría comunitaria son el marco que ordena a los proveedores (Pr)	Juicio de que la ciencia avanza en nuevas intervenciones en salud sin que necesariamente se estén revisando las bases valóricas del modelo de atención que se perpetúa (Pr)	
Respecto de los Sistemas de Información	Limitada efectividad alcanzada de las tecnologías de información en el sector salud (Pg)		
Respecto de la Financiación	<p>Habilitación de CSMC en instalaciones que no han sido especialmente construidas para ello y no cuentan con autorización sanitaria formal (U, Pr)</p> <p>Creación de consejos regionales de Fonasa con representación de usuarios no priorizan ni ponen en su agenda a salud mental (U)</p> <p>Política de “cuentas públicas” no han transparentado la disponibilidad y uso de recursos destinados a salud mental (U)</p> <p>Nueva Ley 21.331 sin financiamiento. (U)</p> <p>Pandemia covid-19 refleja más brechas de recursos para la atención de los CSMC (U, Pg)</p> <p>Inexistencia de una política de financiamiento de salud mental con perspectiva poblacional (U, Pg)</p>	<p>Creencia de que existe mucha desinformación sobre la salud mental y eso dificulta comprender la importancia de su financiamiento (U, Pg)</p> <p>Juicio de que la falta de política de financiamiento de la salud mental permite al pagador no asumir su responsabilidad con los CSMC (U)</p>	<p>Observación de una relación instrumental del proveedor y el pagador con las organizaciones de usuarios, que niegan un poder vinculante en la relación (U)</p> <p>Observación de que existe el deber de sensibilizar en los problemas de salud mental al Gobierno Ejecutivo de turno (U)</p> <p>Observación de que existe un problema de roles en la definición de las responsabilidades que le competen al pagador y al proveedor en la atención de salud mental (Pg)</p>

### **Prácticas, recursos y procesos institucionales.**

En el análisis emergieron conceptos asociados a las prácticas observadas en los CSMC, a la utilización de sus recursos disponibles y/o a los procesos en el funcionamiento institucional. Como una forma de chequear sistemáticamente los segmentos codificados se revisaron las relaciones para cada componente del sistema.

#### ***Prácticas, recursos y procesos que se identifican en las relaciones del componente de “personas usuarias”.***

Los expertos usuarios asocian una interacción positiva entre el componente “personas usuarias” con el componente de “provisión”, en la medida que los CSMC atienden todos los grupos etarios y se financian los grupos de autoayuda conducidos por trabajadores comunitarios.

*“Entonces vienen de todas las edades y todos comparten, comparten sus experiencias, cuentan lo que les pasan en la semana y después de los grupos yo trato de sacarlos, ir al parque” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

Los expertos proveedores asocian tres factores que emergen de la interacción entre los componentes “personas usuarias” y “provisión”, aunque no son positivos para ellos.

Plantean que se debe tener en cuenta que los CSMC atienden a una población de complejidad distinta a la atención primaria y a la que suponen que está a la base de los mecanismos de pago. A partir del mayor daño del esperado en la población usuaria y la determinación social, el CSMC está tensionado en su capacidad de otorgar intervenciones integrales, cuando el mecanismo de pago se define por persona asociado a un diagnóstico sin reconocer su complejidad, se activa una respuesta concentrada en la atención individual.

La falta de una respuesta integral o adecuada a las necesidades de los usuarios provoca la pérdida de adherencia a los tratamientos con la consecuente pérdida de horas agendadas porque los usuarios no se presentan. Esto ha activado soluciones en la gestión de la agenda otorgando sobrecupos de ingreso bajo el supuesto que siempre habrá pérdida de horas agendadas, provocando tensión cuando el supuesto no se cumple.



Cuando el CSMC está anidado en un hospital se han mantenido los procesos administrativos de la atención de los usuarios en el hospital, lo que implica que las personas deben acudir a concretar los agendamientos, los copagos y recaudación, el retiro de los medicamentos, entre otros, a esas instalaciones que suelen estar lejanas de la ubicación del CSMC. Los mecanismos de pago no han obligado a los centros a cumplir ciertos criterios de calidad en el desempeño administrativo asociado a la atención.

*“porque ya sabemos que está bastante en términos de vulnerabilidad, severidad, complejidad, está bastante grave la cosa. Un paciente llega a COSAM porque la cosa estaba compleja [...] los pacientes derivados de un dispositivo como este son porque necesitan otras cosas. No les estamos pidiendo las mismas cosas. Por eso están acá, por eso están acá, por eso ya no están en el Cesfam [atención primaria]” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“supimos manejar la agenda de los que no se presentan, porque hay NSP que son casi un 30 por ciento. Y entonces uno empieza a mirar y entonces ya le ponemos una gestión de agendas, le ponemos un paciente más porque seguramente va a faltar uno y le ponemos uno como sobre cupo y cada uno se va acomodando, explicándole a la persona que es sobre cupo, que si llega la persona a su hora va a tener que esperar” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“yo estoy físicamente fuera del hospital, no sé si tú ubicas Concepción. El hospital regional, está como a 16 cuadras del centro o 20 cuadras por ahí. Entonces cuando yo atiendo a la gente como yo no tengo unidad de farmacia, ya yo no tengo, por ejemplo, tampoco unidad de finanzas ni tampoco de recaudación. Yo si tuviera un paciente que pagar, tengo que enviarlo al hospital regional primero y luego que vuelva con su tarjetita de pago para poder atenderlo. ¿Te imaginas tú lo que significa eso para una persona?” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“las personas tienen el acceso, pero, por ejemplo, si una persona es de la comuna de Los Vilos y tiene Fonasa D no se va a poder atender a los Vilos porque tiene que pasar por el sistema de recaudación y por lo tanto esa persona si se tiene que trasladar a la comuna de Illapel para poder atender las atenciones, porque no solamente es la atención, como si del profesional hablemos del médico o profesional. Significa pasar por farmacia porque hay fármacos que también se tienen que pagar. Por lo tanto, eso involucra que tienen que ver la persona al hospital para pasar por todo el sistema” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

***Prácticas, recursos y procesos que se identifican en las relaciones del componente de “provisión”.***

Los expertos usuarios asocian una interacción del componente de “provisión” con el de “financiación”, que activa que sea la voluntad política de las autoridades de turno lo que determine si se financian actividades de tipo comunitario. Otra interacción que se activa es que la provisión se define como de nivel secundario, se establece procesos de ingreso por derivación que es percibido como una demora en el acceso a tratamiento.

*“Ahora último, con la nueva administración se están haciendo visitas domiciliarias con mayor frecuencia y eso mucha gente lo agradece” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“La puerta de entrada a un centro de salud mental comunitaria yo siempre he considerado que es muy larga porque primero lo evalúa en Atención Primaria un médico, cierto. Desde ahí manda una interconsulta y esa interconsulta recién se ve en una consultoría. Si son aceptados, no son aceptados para ingresar. Entonces quizás ahí el en la demora ya tiene la puerta de entrada los centros de salud. A lo mejor ahí habría que trabajar un poquitito en eso, porque la espera o la burocracia, como se dice en ingresar” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

Los expertos proveedores señalan que el componente “provisión” interacciona positivamente con el de “medicamentos y tecnología” al activar el desarrollo de mejores arsenales farmacológicos para las enfermedades mentales, aunque cuando hay algún medicamento indicado por el psiquiatra que está incorporado en el arsenal suele ser engorroso que la autoridad autorice su compra especial. En el caso de los CSMC administrativamente anidados en un hospital, el retiro de los fármacos debe ser realizado en el hospital que suele estar lejos de las instalaciones siendo esto un retroceso para el acceso de medicamentos. En relación con incorporación de nuevas tecnologías lo más relevado es la posibilidad de contar con móvil para traslado a actividades en terreno, como la visita domiciliaria.

En la interacción con el componente “recursos humanos” se activa una programación de la actividad de los profesionales asegurando cierto rendimiento y capacidad de intervenciones por parte del CSMC. En la interacción con el componente “gobernanza” la provisión no genera intervenciones a favor de la participación en dos niveles, la falta de participación asociativa que vincula intervenciones de promoción y prevención, y la débil participación de las familias en los procesos de tratamiento. Respecto de la intersección con el componente

de “Información” se plantea que son los sistemas de registro y monitoreo los que determinan procesos de información positivos o negativos para respaldar el financiamiento a los CSMC. Se plantea que se ha activado heterogeneidad en los procesos de información dado que estos no son propios de los CSMC, sino que se anidan en sistemas mayores con diverso grado de desarrollo en los Servicios de Salud. En la interacción con el componente de “financiación” se activa una heterogeneidad en la posibilidad de realizar intervenciones comunitarias además de las consultas individuales, dependiendo en parte de la dependencia administrativa de cada CSMC. Pareciera que aquellos dependientes de municipio tienen cierta mayor flexibilidad para incorporarlas. En cualquier caso, las intervenciones se realizan bajo el riesgo de asumir el costo por parte del proveedor dada la falta de cobertura financiera percibida.

*“De hecho, dentro del arsenal de medicamentos, por ejemplo, quién yo que he trabajado en otros centros de salud. Desde luego, un ejemplo concreto los inductores del sueño, o sea zoplicona, ezoplicona, zolpidem, que son los tres utilizados, nosotros tenemos disponibilidad de los tres en el centro. De antidepresivo, probablemente los tenemos casi todos, probablemente creo que nos falta desdelafaxina, pero venlafaxina, mirtasapina, tenemos en realidad acceso a casi todo, bluoxetina, que en muchos hospitales no están y está abierto en realidad la farmacia a cualquier solicitud que nosotros tengamos y no tenemos una limitante como presupuestaria” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“Nosotros tenemos los medicamentos, pero está centralizado en la farmacia central del regional, centralizado ahí y nuestros pacientes en algunos casos van al regional. Pero el noventa y tantos por ciento de los pacientes tienen que ir a psiquiatría, al servicio de psiquiatría a ir a buscar sus medicamentos. Nosotros solamente le facilitamos la receta, ellos vienen a buscar su receta y los retiran en el servicio de psiquiatría, que queda mucho más lejos que el regional” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“De hecho, nosotros cuando el equipo tiene que salir a visita domiciliaria, a visita de consultoría, tenemos que ocupar el móvil, el mismo móvil del equipo móvil para poder ocupar porque tenemos solo un vehículo. A lo mejor si estuviera asociado un pago, a lo mejor tal vez podríamos disponer de otro recurso o contratar un vehículo para salir a hacer, porque sería una consulta que se paga” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Entonces yo tengo una planilla y ahora sale un programa en el Servicio Oriente donde te dice cuántas horas tiene contratada, cuántos días de vacaciones, cuánto esto, cuánto esto otro. La producción anual de esta persona es mil. Listo y tú dices ya por doce meses, a mí ya, yo siempre lo saco por diez meses, porque generalmente entre alguna licencia, nosotros*

*tenemos 20 días de vacaciones, por lo tanto, en un mes completo; más los cinco administrativos; más los cinco de capacitación. Entonces como que así lo divides por diez para que te salga. Y Ya, tiene que hacer 120 mensuales” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“Tampoco hay incidencia ahí, tiene que ver un poco con el por qué tanto de nuestros recursos podemos disponer para ese tipo de acciones, pero no hay un incentivo en particular. Sí nosotros tenemos un meta que cumplir respecto de participación. En algún momento de comunicación, pero. Pero más allá de eso, yo creo que lo ligado con cumplir ciertas metas, ciertos compromisos dentro de la programación del año, pero no más que eso. Eso no nos va a variar según el financiamiento, sino que en el fondo el incentivo es cumplir con la meta que se compromete, que por supuesto, además, siempre es más baja de lo que nosotros hacemos normalmente para el funcionamiento propio del centro” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“tenemos el Convenio SENDA que utiliza un programa aparte que es SISTER donde ahí incorporamos las prestaciones de los pacientes y se nos paga de acuerdo con la prestación. Esa es como la forma, como los sistemas informáticos que llevamos y bueno todos los famosos REM que todos los meses los enviamos, cierto y tenemos que dar cuenta de los programas. [...] El registro, digamos, como lo indica, como lo señala Fonasa, se hace la información de GES, se sube al sistema y de ahí se establece el diagnóstico y las prestaciones que vienen adosada a ese GES en particular” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“Y las canastas son insuficientes porque las canastas se basan exclusivamente casi en lo farmacológico y en las atenciones psiquiátricas, que deberían ser 6 anuales. Y hay personas que tú la ves mucho más que eso. Te dicen que tienes que hacer visitas domiciliarias, pero no te dicen ni a la población, ni al financiamiento. Y además uno no sabe cuánto cuesta. Yo puedo tener, así como, claro, una visión de lo que pueda costar una visita domiciliaria, pero no está en ninguna parte, no existe” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“El trabajo no es cierto en el terreno y es todo. Esas prestaciones no son valoradas, no tienen asociado ningún tipo de pago. Por lo tanto, el hospital también a nosotros nos pide tener una cierta cantidad de consultas. No es cierto, ponerle más atención a la atención individual que al trabajo grupal y comunitario, que es el modelo de gestión que nosotros también estamos trabajando en base de acercarnos a ese modelo de trabajo” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

Los expertos pagadores asocian la interacción entre la “provisión” y el componente del “recurso humano” al señalar que se activa que las intervenciones comunitarias con las organizaciones territoriales y de usuarios sea discrecional por parte de los CSMC, dado que estas acciones requieren una

organización distinta del horario del recurso humano, fuera del horario diurno habitual de este tipo de proveedores ambulatorios, lo que implica un costo adicional. También interacciona con la “gobernanza” pues asumen que no están incentivadas las estrategias de participación desde lo financiero. Perciben la interacción con el componente de “información” coincidiendo con los expertos proveedores en la heterogeneidad de sistemas de registro e información que reciben, debilitando la información que respalda la financiación. Así mismo, interacciona también con el componente de “financiación” al activar heterogéneas formas de organización de las metas de producción o de responsabilidad frente a una población asignada con los presupuestos disponibles, debido a que no existe un presupuesto o línea de financiamiento específica para los CSMC.

*“Se les pide que tengan un contacto y participación intersectorial o con los distintos agentes del territorio, pero no necesariamente ocurre, es solo algunos centros han intencionado [...] participan en reuniones intersectoriales que habitualmente son como dentro de las jornadas de trabajo. ¿Eh? Pero no necesariamente con organizaciones comunitarias como de la sociedad civil o inserta en el territorio. Eh, por ahí todavía falta como esa mirada de incorporar a otros” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

*“Yo vuelvo a decir que la salud nunca se ha discutido que es prioritario para el financiamiento de la salud mental. Yo eso lo quiero dejar claro que salud mental se hace porque en este caso la red dice que tienen capacidad y la empezó a hacer. No había un financiamiento específico, porque tenemos una gran falencia en que nuestro sector, nuestra reforma del sistema de financiamiento se focalizó en egresos hospitalarios” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Y ahí, en este caso, yo creo que también uno de los elementos que a lo mejor ha faltado es definir cuales, como esta cartera de prestaciones tanto clínicas como comunitarias, mucho más exhaustivamente y a lo mejor por parte de Fonasa o en su defecto, como indicación Minsal, por así decirlo, darle un mayor incentivo a la intervención de elementos de intervenciones por la comunidad o del modelo, o que sean mucho el modelo comunitario” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“A la antigua, a la antigua, con una, con traducciones locales, con referentes estadísticos locales que reportan acá es el subdepartamento de información en salud, el SUDAI, que en general reportan mensualmente lo que van produciendo a través de registros, de registros en REM y eso nosotros vamos mandando antes cada cierto tiempo y con eso nosotros informamos producción, para después solicitar a Fonasa los pagos” (Experto pagador, hombre, zona central)*

*“Y bueno, no sé, de acuerdo a mi experiencia bien acotada a que igual hemos formalizado un poco este rol asignando una población, un territorio, una responsabilidad de lo que yo puedo ver de acá en esta realidad local. Ya. Y asociando, o intentando asociar un mayor presupuesto también”*  
(Experto pagador, mujer, zona metropolitana)

***Prácticas, recursos y procesos que se identifican en las relaciones del componente de “recursos humanos”.***

Los expertos usuarios al intersectar el componente “recursos humanos” con la “provisión” reiteran la importancia de que los CSMC cuenten con trabajadores comunitarios, que contribuyen efectivamente al seguimiento y contención de pacientes durante la pandemia Covid-19 cuando los servicios fueron interrumpidos. También intersectan con el componente “financiamiento” en que señalan que cuando el CSMC es de administración municipal la voluntad política de la autoridad de turno puede apoyar financiando las contrataciones de profesionales requeridos. En esta misma intersección describen que los mecanismos asociados a convenios con el sector activan la contratación en modalidad de honorarios, que es una modalidad laboral precaria para el personal e inestable para el CSMC.

*“Entonces el proyecto de la Línea Esperanza es atendido por pares, por trabajadores comunitarios de salud mental y es una escucha activa que ellos tienen para las familias cuando bueno, de un inicio empezó cuando estaba todo este boom, digo yo de del COVID y ellos cuando había familias que necesitaban esta escucha, estaban ahí detrás del fono”*  
(Experto usuario, mujer, zona norte)

*“Ahora conseguimos, hay nueva administración municipal, que al parecer la señora ha puesto carta en el asunto y nos ha dado el pase. Aumentó el presupuesto de la Municipalidad para contratar una directora nueva. Tenemos, llegaron dos terapeutas ocupacionales. Volvió la enfermera. De los tres psicólogos que faltaban ya tenemos. De seis psicólogos que necesitábamos en total tenemos cinco ya. Entre ellos hay dos infanto juveniles. Tenemos psiquiatra”* (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)

Los expertos proveedores señalan la interacción con el componente de “provisión” ya descrito anteriormente. Agregan la interacción con el componente de “financiación” al señalar que se activa contratar más personal cuando vienen definidos formalmente los cargos desde el Ministerio de Salud pues vendría con respaldo presupuestario para pagar las remuneraciones, y no necesariamente

como consecuencia del nivel de producción de cubren los mecanismos de pago. Se perciben como dos vías paralelas. También asocian con el componente de “gobernanza” cuando se describe que se activa aceptar usar formas de contratación a honorarios, que son más inestables para los profesionales a propósito de mecanismos de pago que son convenios con el intersector.

*“Bueno, el presupuesto viene todo dentro del presupuesto del hospital. No, no hay como una diferencia que sea específico. Lo que sí llegó específico con resoluciones fue cuando se hizo la asignación de los cargos. Venía en un ítem que decía que eran para los que venían, un ítem cuando se extendió para hacer por unos recursos que transfirió” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Nosotros de los treinta y dos funcionarios que somos actualmente acá en el centro tenemos solo cuatro a modalidad honorario, pero que son modalidad honorario dependiente del programa Senda, que Senda depende del Ministerio del Interior y la forma en que baja los dineros de este programa no son a nivel de contrata, porque ellos no ofrecen, no tienen cargo asociados como es otro ministerio. Ellos solo ofrecen el honorario. Por lo tanto, de los 32, 28 son contrata y 4 son honorarios” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“Lo otro ya tiene que ver con proyecto, el proyecto que tenemos con la Mideso que ellos tienen un presupuesto propio asignado, que se le entrega al servicio y que eso permite la contratación a honorario. Esa es otra fuente de financiamiento, pero que trae su propia, su propia normativa, y en eso tampoco nosotros podemos movernos mucho. O sea, el proyecto trae su dotación y un presupuesto asignado para cierto tipo de profesionales a honorarios. Entonces, esa es otra vía, pero que en el fondo va a cumplir con los objetivos del proyecto en particular” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

Para los expertos pagadores, se produce intersección del componente “recurso humano” con el de “financiación” se activa heterogeneidad en las formas de contratación de los CSMC, en particular por los sistemas diferentes de administración de estos centros.

*“Y que ellos operan en esta lógica financiera más asociada a la atención hospitalaria, donde teóricamente hay un financiamiento constituido, digamos, como por un PPI, un PPV, digamos, o sea, se tienen un respaldo por lo menos respecto al financiamiento del recurso humano establecido. Entonces, el peso que puede tener esto, este recurso más de prestaciones valoradas es menos relevante que el que puede tener un COSAM municipal, por ejemplo” (Experto pagador, mujer, zona metropolitana)*

*“Es decir, que realmente tenemos horas de psiquiatra para ingresar, para ingresar usuario y vamos hacia abajo y el equipo digamos que tiene que estar en el centro o para poder generar condiciones de egreso no están. Porque en el fondo casi no existe esto, por ejemplo, de compra de prestaciones de psicólogo o de compra de prestaciones de trabajo social, pero la compra prestaciones, sobre todo con las sociedades médicas, es altamente utilizada” (Experto pagador, hombre, zona central)*

***Prácticas, recursos y procesos que se identifican en las relaciones del componente de “gobernanza”.***

Desde los expertos usuarios se identifica la interacción entre el componente “gobernanza” y el componente “provisión” señalan que la existencia de organizaciones sociales activa ciertos grados de articulación con los CSMC a favor de la salud mental, dado que está señalado en las políticas de salud mental, en particular en los documentos de modelo de gestión de los CSMC. También se identifica intersección con el componente de “financiación” al reiterar que se activan acciones de demanda de recursos por parte de organizaciones de usuarios y familiares, evidenciando una asignación discrecional de la autoridad de turno a nivel municipal. También al señalar que cuando las organizaciones sociales tienen personalidad jurídica se activan proyectos para mejorar las condiciones de atención dentro de los propios CSMC.

*“Ahora nosotros como Unión Comunal Valle Putaendo estamos haciendo un trabajo con el COSAM de San Felipe, referente a los sectores, con bullying, depresión y todas esas cosas en sectores rurales. El COSAM generó un equipo de trabajo en la comuna Putaendo, en todas las comunas, en todas las comunas de lo que es San Felipe, que son seis. El COSAM de San Felipe generó equipo para que la gente trabajara con las comunidades” (Experto usuario, mujer, zona central)*

*“Bueno, a modo macro, por ejemplo, que la Municipalidad aquí no aporta ni un 20 a los COSAM. Es más, retiraron la ayuda que había anteriormente. Desde que salió la señora esta Karen Rojo se acabó todo lo que es ayuda a la salud mental. Es más, yo tuve un enfrentamiento con ella y le dije por qué hacía eso de quitar, cuando la salud mental es tan pobre en el país. Y ella nos quitó más o menos las ayudas, subvenciones, la expectativa. Pero me dijo que había cosas más importantes que la salud mental, como el deporte. Dije no pues, no hay que desvestir un santo para vestir al otro, o sea. Tuve pelea, pero de frente con la señora. Bueno, resultado que ocupó la plata en otra cosa” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“logramos conseguir que a nosotros nos hicieran una sala también ahí, porque nosotros dentro de toda la agrupación que hay en el CESAM,*



*como grupos de autoayuda multifamiliar conseguimos tener nuestra personalidad jurídica. Entonces, al tener nuestra personalidad jurídica pudimos postular al proyecto. Y ahí Don Edgardo, bueno, don Edgardo falleció el año pasado. Todavía no tiene un año que falleció don Edgardo. Nos dio la opción que compráramos el material y él nos hacía una salita muy bonita. Y nosotros ahí igual trabajamos con la familia porque hay horno, hay cocina, hemos conseguido hartas cosas con los proyectos” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

Desde los expertos proveedores se identifica la interacción del componente “gobernanza” con el componente “provisión” y se reitera las dificultades para promover la participación social y comunitaria dado que no es priorizada en el financiamiento, lo que provoca que no respondan a las necesidades de la población en materia de acciones de promoción o prevención que suele ser requerido. También se identifica la intersección con el componente “recursos humanos” al activarse estrategias de negociación del CSMC con las autoridades de los Servicios de salud en orden a que se financien proyectos de expansión del equipo de salud. Se identifica la intersección con el componente de “financiación” al expresar que los procesos de implementación de los CSMC han carecido con orientaciones técnicas, no hay procesos de acompañamiento sistemáticos, activando heterogeneidad en el tipo de conducción y liderazgo para la implementación de este tipo de centros. Se identifica la interacción con el componente de “sistemas de información” activándose una vinculación con las unidades a cargo de los datos de los centros para que ellos comprendan la naturaleza de estos centros, que en el caso de los CSMC dependiente de los Servicios de Salud y los anidados en Hospital suele estar ubicados en dependencias administrativas independientes.

*“Nosotros desde que yo estoy hemos hecho tres o cuatro diagnósticos participativos, porque a lo mejor también no es necesario hacerlo todos los años, porque las políticas van cambiando lentamente, las poblaciones también van cambiando lentamente. Pero la queja de los usuarios claro, que no hacemos nada de prevención, nada de promoción, a pesar de que deberíamos hacerla de forma no como lo hace la atención primaria, pero a lo mejor con otros objetivos mucho más específicos y de forma secundaria y terciaria. Pero no lo logramos” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“con negociaciones con el servicio de salud, efectivamente se creó todo lo que es el programa infanto juvenil, donde tenemos horas de psiquiatra, infanto juvenil, de neurologa infanto juvenil, tenemos psicólogo, terapeuta ocupacional, psicopedagoga, tenemos fonoaudiólogo, tenemos asistente social, tenemos como enfermera y llegaron TENS, pronto todo ese recurso unitario por cada una de las profesionales creció y se creó finalmente el programa infanto juvenil acá en el centro, que no existía.” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“Lo que sí puedo destacar tiene todo el recurso viene como las orientaciones de que hay que armarlo, pero nunca llegaron las orientaciones, cómo implementarlo. Y eso se fue implementando a medida que fuimos viendo nuestra realidad, haciendo mapas, hacer rutas, de saber dónde tenemos la gente con mayor cantidad, porque eso es lo que también buscamos, donde haya más poblaciones donde podemos mover una ronda, porque no nos sirve mover una ronda, un sector donde tenemos dos o tres personas, donde tenemos que optimizar también el recurso humano [...] Eso se va haciendo a medida que de la necesidad y de la gestión que tenga el jefe del centro” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Yo tuve recientemente una reunión con la jefa del Some del hospital, donde preguntaba un poco esta misma línea que tenía que ver desde el trabajo comunitario que tenemos como centro, si había alguna limitante o algún número de producción que teníamos que tener respecto a prestaciones, a reuniones, a trabajos comunitarios, donde si uno ve el registro, claro, si yo voy a hacer un trabajo comunitario, si me voy a reunir con un centro, con una comunidad, con una junta vecinal, yo no voy a tener un insumo de "ví 10 pacientes", eso va a quedar entre comillas como producción cero y si eso le dificultad en el hospital y la verdad, el hospital nos dio luz verde en realidad para que gestionáramos todo lo que tiene que ver con lo comunitario” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

Desde los expertos pagadores se identifica la interacción del componente de “gobernanza” con el componente de “provisión” desde donde se devela que el pagador ha tenido poca claridad de qué es lo que hay que financiar en los CSMC pues las señales son que los centros son implementados bajo condiciones de contingencia más que de planificación.

*“Si bien nosotros no tenemos metas específicas, cierto, la ENS es más bien algo que está para todas las áreas que ven salud mental no es solo para los centros salud mental comunitarios, y ahí nos pedía la conformación de agrupación y eso es algo intencionado para que los equipos puedan trabajar y puedan desarrollar este tipo de actividades” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

*“Entonces, si eso no se intenciona de otra forma que no tiene que ver con su financiamiento, en el fondo hoy día podría perfectamente no ocurrir, me entiende, porque no hay, nada, como que desde lo financiero, que estimule que aquello ocurra” (Experto pagador, mujer, zona metropolitana)*

*“Probablemente pase también por los elementos que solo estamos trabajando como Minsal con el intersector y con otros para que se incorpore a lo mejor una línea más bien de gestión clínica del usuario y el proceso de mesogestión en torno a que la intervención con el sector también sea incorporada [...] Así, por ejemplo, por el tema de gestión terapéutica, donde, claro, la idea es empezar a hacer idealmente que cada usuario tenga un plan de cuidado integral y ese plan de cuidados integrales incorpore intersector” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“cuando yo llego a este trabajo es porque justamente se van a abrir dos centros nuevos y es el de Constitución y el de Curicó, que finalmente era el de Curicó que se amplió a Constitución dado el tema de los incendios y decidieron de lo de todo lo que llegó a abrir un segundo centro y posteriormente en el 2018, con otros recursos que llegaron, se gestó también la posibilidad de abrir una línea para otro, con refuerzo cierto, se abrió otro centro que estaba primero en San Clemente y ahora está acá” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

*“yo entiendo que a nivel país no todos funcionan como el nuevo modelo. Tal vez de los que se han implementado, no sé si todos adhirieron a tener sus direcciones y tener vías distintas, porque los antiguos todavía sé que hay dependencia municipal y dependencia servicios, entonces seguimos teniendo esta doble modalidad. ¿Eh? Que no es un criterio único y yo creo que eso hace súper difícil poder establecer una vía exclusiva de financiamiento” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

***Prácticas, recursos y procesos que se identifican en las relaciones del componente de “sistemas de información”.***

Desde los expertos proveedores se identifica la interacción del componente de “sistema de información” con el componente de “provisión” que devela que los primeros determinan lo que formalmente se programa como actividad de los CSMC y lo que se registra como actividad realizada, por lo que se activan procesos de información acomodando el registro a las consultas individuales pues es ello lo que los sistemas de información priorizan. Con el componente de “recursos humanos” y el de “gobernanza” al referirse al SOME se activa la práctica de acercarse a esas unidades estadísticas para que éstas comprendan la naturaleza de las actividades de los CSMC, capacitar a su personal y sea posible realizar actividades comunitarias.

*“Probablemente si yo programo que voy a ver a cien pacientes, lo único que me van a exigir el otro año es que haya visto esos cien pacientes” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“porque la programación que se hace anual viene solamente relacionada a las consultas y es por lo que se van a medir. Si hay un cumplimiento o incumplimiento por el resto, uno lo va complementando, no es cierto en la programación, pero todo eso no, no se evalúa en realidad. Entonces eso tiene que ver un poco más para responder al Departamento de Salud Mental de servicio, pero en cuanto a atrasar los costos con pago no se hace” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Sí, claro que tiene un efecto, porque nosotros tenemos identificado cuáles son los diagnósticos que son PPV y los que se pagan, no sólo nosotros los lo sabemos. Y de hecho en el registro de nuestra hoja diaria, donde se registran todas las atenciones, vienen marcado cuáles son los diagnósticos que son PPV” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“es una presión en realidad, porque al momento en que uno quiere programar cosas con los compañeros, cuando organizamos el plan de trabajo para el próximo año, sabemos que tenemos que dejar un número de consultas. Lo tenemos súper claro. Entonces, de alguna manera te limita para otras actividades que podrían ser importantes” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Tener una unidad de SOME adecuada con las competencias necesarias para atender este tipo de usuario que suele ser más complejo y más demandante” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“Yo tuve recientemente una reunión con la jefa del Some del hospital, donde preguntaba un poco esta misma línea que tenía que ver desde el trabajo comunitario que tenemos como centro, si había alguna limitante o algún número de producción que teníamos que tener respecto a prestaciones, a reuniones, a trabajos comunitarios, donde si uno ve el registro, claro, si yo voy a hacer un trabajo comunitario, si me voy a reunir con un centro, con una comunidad, con una junta vecinal, yo no voy a tener un insumo de "ví 10 pacientes", eso va a quedar entre comillas como producción cero y si eso le dificultad en el hospital y la verdad, el hospital nos dio luz verde en realidad para que gestionáramos todo lo que tiene que ver con lo comunitario” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

Desde los expertos pagadores se identifica la interacción con el componente de “financiación” y se devela que no han existido procesos de diseño e implementación de sistemas de información para la implementación del modelo comunitario. La excepción es el sistema de registro del convenio sobre atención de personas con trastornos asociados al consumo de drogas con SENDA.

*“Acá la región está implementando la ficha clínica electrónica para los hospitales y la atención primaria, y nosotros, dado que no tenemos muchos recursos, no hemos podido incorporar algunos requerimientos mínimos para poder hacer esos cambios, porque como la mayoría de los lugares son de arriendos, tenemos problemas con la red eléctrica entonces no hemos podido comprar el grupo electrógeno, los computadores tal vez están un poco más antiguos y eso impide avanzar en la parte tecnológica para poder tener ficha clínica electrónica” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

*“o que había sido obligado un poco, uno pudiera decir es bueno, el SIGGES que es una cosa que está instalada hace mucho tiempo, digamos, como mecanismo de control financiero, entre otras cosas porque se supone que también monitorea garantías, pero hasta ahora sigue siendo el mecanismo de control financiero para la atención ambulatoria especializada” (Experto pagador, mujer, zona metropolitana)*

*“Bueno, y de los SENDA está todo el tema del SISTRA. Si ha implicado efectivamente el sumarse a estos mecanismos entre comillas de control, que entre otros elementos controlan, sirven para controlar el tema financiero, como de producción” (Experto pagador, mujer, zona metropolitana)*

*“pues ahí nos metemos en un tema recontra complejo, que el servicio como como servicio de salud, generó una gran compra o una gran licitación a una empresa que en el fondo debía proveer el sistema de ficha clínica electrónica, de agendamiento electrónico, de producción electrónica. Y en el fondo ese sistema debiese ser el que debía haber alimentado de información para mantener actualizado a los pagos. Sin embargo, el sistema nunca, todavía no funciona. Llevamos, la licitación de hecho se termina en junio del 2022 y todavía no está andando” (Experto pagador, hombre, zona central)*

***Prácticas, recursos y procesos que se identifican en las relaciones del componente de “financiación”.***

Los expertos usuarios reiteran la interacción entre el componente de “financiación” y el de “provisión” a destacar positivamente la importancia de habilitar espacios dentro del CSMC fortaleciendo la autonomía de las organizaciones.

*“Entonces eso es lo importante que tiene la autonomía. Al ser autónomo uno puede postular a tantos proyectos, golpear tantas puertas que logramos conseguir ese espacio. Y ese espacio es de la agrupación y la agrupación se llama Suyai” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

Para los expertos proveedores la interacción entre el componente de “financiación” y el de “personas usuarias” se refleja en que los copagos definidos

por la atención, en la práctica no se activan. En la interacción con el componente de “provisión” destacan negativamente que se activa el no pago de la consultoría de salud mental si es que ésta no es realizada por psiquiatra, actividad considerada central en el modelo comunitario. En esta misma interacción describen que se activa la importancia de las llamadas “caja chica” que permiten contar con recursos mínimos para comprar materiales para talleres grupales o en la comunidad.

Por otra parte, describen positivamente la interacción con el componente de “medicamentos” al señalar que se ha activado que en los Comités de Farmacia se incorpore la salud mental, cuando los CSMC están anidados en un hospital. Esta instancia es la que define el financiamiento para medicamentos que no están considerados en la resolución de arsenal farmacológico básico que ha aprobado el hospital, previa fundamentación médica.

En la interacción con el componente de “recursos humanos”, pero también con el de “gobernanza” plantean que se activa la contratación de personal por la vía que sea una oportunidad sin ninguna orgánica, ejemplos de esas citas ya han sido expuestos con anterioridad. Por otra parte, destacan que se activa la elaboración de presupuestos anuales sin sentido, dado que no se relacionan posteriormente con la lógica de transferencias que se ejecuta. Esto ha sido especialmente así luego del estallido social y la pandemia Covid-19.

*“había muchas prestaciones, por ejemplo, no GES que nos estaban cobrando o que en las distintas escalas de Fonasa no se estaban haciendo, no se estaban solicitando los copagos pertinentes. Por tanto, el hospital se dio cuenta presupuestariamente que se le estaba escapando dinero no solo con nosotros, sino que en todos los policlínicos, en este mismo, desde prestación y hasta retiro de receta que nosotros indicamos, dónde tenía que haber un copago que no se estaba solicitando” (Experto pagador, hombre, zona sur)*

*“entonces no te pagan prácticamente nada que no haga el médico o el médico tiene un lugar, pero no es el centro de atención y eso no se ha entendido desde el punto de vista financiero, tampoco se ha entendido. Vale decir, no una consultoría que se entienda como que es lo más comunitario, cuando no lo es, cuando si no lo hace el psiquiatra no te la pagan” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“Hoy, quizás lo que podría mejorar con un presupuesto, con un mejor presupuesto, sería, por ejemplo, calidad de materiales para talleres o*

*mayor recurso para implementar algún tipo de prestación para los usuarios, que ahí siempre nos vemos bien restringidos. Materiales para los niños, porque también la atención desde los 5 años en adelante, entonces el material al que optamos, cuando tenemos presupuesto, lo que podemos optar por caja chica, que es súper reducida porque contamos con una caja chica de 150 mil pesos mensuales. Entonces quizás podríamos dotar de mejor material para talleres, para el trabajo también de los equipos con los usuarios si tuviéramos un mejor presupuesto” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“Si no está dentro del Arsenal, uno puede solicitar una compra extraordinaria de un medicamento en específico para un paciente en específico o si no, como existe igual el Comité de Farmacia, nosotros podemos solicitar la incorporación de un medicamento nuevo para todos los pacientes que no esté incluido en el Arsenal y en realidad no hemos visto limitaciones” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“Lo que se nos ha pedido siempre es elaborar el presupuesto para el año siguiente, pero en los últimos dos años se nos ha asignado un presupuesto que no tiene relación y no da respuesta al presupuesto solicitado. Aun cuando el presupuesto solicitado tiene directa relación con los gastos, que son casi gastos, costos fijos” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

Desde la perspectiva del experto pagador la interacción del componente “financiación” activa la utilización del sistema de compras públicas del país en el caso de salud mental en los últimos años. Este es un sistema mediante el cual la institución está obligada para realizar toda compra de productos o servicios del Estado con proveedores naturales y jurídicos. Es evaluado negativamente que se realice compra de servicios de las intervenciones comunitarias que deberían ser parte de la estructura de la provisión propia, además se produce la compra de servicios de horas médicas de psiquiatras, que en este marco prestan servicios, pero no son realmente parte del equipo de salud mental del CSMC.

*“cuando financiamos a través de PPI entramos también a todo el sistema de compras pública, qué se yo, a veces se caen las cosas, quedan los pagos traslapados de un año para otro, a veces los proveedores terminan aburriéndose del Estado pagador, a pesar de que ahora con el sistema, el sistema como rápido, que es sistema “Que ingresa acepta” o algo así y bastante, bastante rápido. Pero así y todo de repente se demoran los pagos y ahí digamos, nos quedamos sin proveedores y al quedar sin proveedores nos quedamos con servicios menos, o a veces también nos quedamos, claro, con prestaciones, por ejemplo, todas las intervenciones domiciliarias, las consultorías para hacerlas en el territorio, bueno y algunas otras cosas más. Por ejemplo, la visita, las visitas a*

*establecimientos educacionales o a los trabajos nos quedan un poco un poco bajo y eso por supuesto que afecta la calidad de nuestro plan de tratamiento o nuestro plan de cuidados [...] Y por ejemplo, lo que se hace más frecuentemente es la compra, la compra de servicios de horas médicas como lo prioritario. Entonces tenemos una suerte de lo que va ocurriendo es que se empieza a generar como una especie de atención crónica [...] Cuando hemos tenido médico y se van, no duran nada y se van. Es difícil llevarlos a las zonas más, más aisladas. Entonces en que esa circunstancia muchas veces hemos comprado, muchas, muchas veces hemos comprado servicios, mucho.” (Experto pagador, hombre, zona central)*

### **Creencias y juicios valóricos colectivos sobre los CSMC.**

En los conceptos emergentes se identifican aquellos relativos a ciertas creencias compartidas y juicios valóricos acerca de cómo funciona el pagador y el proveedor, que pueden ser considerados elementos de la cultura organizacional que se ha desarrollado en torno a los CSMC.

#### ***Creencias y juicios valóricos colectivos que se identifican en las relaciones del componente “personas usuarias”.***

Para los expertos proveedores, la intersección del componente “personas usuarias” con el de “provisión”, activa el juicio colectivo de que los centros no han asumido que las necesidades de atención implican intervenciones más allá de la atención profesional “en box”. También releva la creencia de que las personas acceden a los CSMC independientemente del financiamiento. Al mismo tiempo, existe el juicio de que se asignan menos recursos a la atención de la enfermedad mental, porque son enfermedades menos visibles físicamente.

*“¿Es importante que la gente tenga acceso al psiquiatra, psicólogo, trabajador social, técnico en rehabilitación, en box? ¿es importante? Por supuesto que es importante. Antes no lo tenían, ahora lo tienen, pero también las necesidades de nuestra población objetivo no son solo esas” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“Tal vez e inadvertidamente si haya relación, porque nosotros tenemos estos flujos de derivación en los cuales hay ciertos diagnósticos que son atendidos por atención secundaria y otros no. O sea, muchas cosas tienen que resolverse en atención primaria y nosotros recibimos ciertas patologías más graves. Pero que nosotros pensemos que vamos a aceptar esta u otra patología, porque lo que esta se paga, no, no tiene*



*relación con el acceso al tratamiento” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“No le va a dar tanta prioridad porque las enfermedades de salud mental son más silenciosas y diferente a las otras enfermedades que requieren una operación, por lo tanto, son más visibles y es ahí donde el recurso siempre se varía” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

***Creencias y juicios valóricos colectivos que se identifican en las relaciones del componente de “provisión”.***

Para los expertos usuarios, las intersecciones del componente “provisión” activa el juicio colectivo de que la pandemia obligó a los CSMC a funcionar más ágilmente en la continuidad de las atenciones. También se señala el juicio de que las personas están satisfechas con la atención si el centro funciona normalmente bien, no necesariamente de forma extraordinaria, teniendo acceso a especialista, continuidad del tratamiento, disponibilidad de medicamentos.

*“La pandemia los hizo, los obligó a modernizarse un poco, a agilizar las atenciones, a poder tener los contactos de los pacientes, comunicarse si así no es vía teléfono, vía mail” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Y bueno, esta digitalización que nos vimos obligados como país de tener, agilizó muchos procesos en poquito tiempo” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“Cómo COSAM sabemos que una entidad que tiene profesionales, que tiene especialidad. Yo creo que la gente agradece cuando hay siquiatria para su atención, cuando el psicólogo que la atiende siempre sigue en funciones y la va a recibir. Que haya una OIRS que funcione. Que se entreguen las recetas a tiempo. Que existan los medicamentos en stock” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

Para los expertos proveedores, las intersecciones del componente “provisión” con el de “recursos humanos”, activa la creencia de que los centros funcionan gracias al compromiso de quienes trabajan en él. También activa la creencia que los incentivos financieros limitados para el trabajo multiprofesional y comunitario han estado supeditados al mayor poder de los médicos y a la debilidad del poder de otros profesionales de la salud mental. Por otra parte, se activa la idea que el pagador limita conscientemente la financiación que incentiva la participación comunitaria debido a que no le conviene el empoderamiento

comunitario para defender sus derechos. También se activa el juicio de que el pagador conscientemente quiere financiar un modelo medicalizado y nada más.

*“esto es bien, puede ser bien personal, pero finalmente el compromiso de los funcionarios es lo que hace que funcione [...] esto se explica por el puro corazón de la gente que trabaja en el sistema público. Por un lado las hay de todo la vida y muchos que están muy comprometidos y hay otros que en realidad hacen lo justo necesario. En mi caso particular había muchos que le pusieron mucho amor al trabajo y se vio absolutamente reflejado en todas las acciones. Pero es un compromiso de los equipos. Por eso el COSAM está abierto desde las 8 de la mañana hasta las 9 de la noche, porque hay que darle cobertura a toda la población de las necesidades que tienen. Pero en los tiempos que también ellos lo quieren [...] finalmente hay un compromiso con la vocación, que yo creo que es súper importante, la motivación que tiene cada uno de los integrantes de los equipos para poder resolver las necesidades de una población determinada, que en este caso la comuna Macul, la gente, yo siempre digo esto a la gente que trabaja en salud mental pública tiene que tener hartó corazón para hacerlo” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“Todos tienen que tener el mismo lugar en la mesa del voto ocupacional, con el psicólogo, con el médico. Aquí no vamos jugando como el monito mayor psiquiatra dijo una cosa vamos todos repitiendo como el psiquiatra y sus escribanos. Creo yo que no solo el que impone las lucas, sino cómo se ha construido el financiamiento o en qué ideas tenían en mente. Seguramente era el médico psiquiatra, no los que tenían la los que consiguieron en su momento el financiamiento para estas prestaciones. Tenían en mente, claro. Démosle atención ambulatoria, que ya no vamos a ver el manicomio, perfecto. Tenemos medicamentos que ahora lo permiten. Perfecto. Acordémonos ahora que estamos en lo comunitario y en el territorio y no somos imprescindibles ni lo único en el centro de las necesidades de nuestros pacientes. Ahí, ahí. Costó el que hablemos nosotros” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“No sé incentiva mucho [la participación usuaria], claro, en el papel y el papel están, está estipulado cierto el trabajo con organizaciones de usuario, pero, pero vaya alguna organización a oponerse a algo. O sea, ojalá que nadie sepa que yo le dije que podían hacer esto. ¿Me entiende? Es como. No se puede. O sea, no se puede. Se mira mal digo yo. Bueno, esto nadie me lo ha dicho, pero que uno lo siente, se mira mal que uno les aconseje, por ejemplo, que la persona reclame, defienda su derecho o se organice para hacerlo o algo. Entonces es una participación o un con organizaciones o así así no más” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Es tan biomédico eso y es tan nada ver que lo que hacemos así. No nada que ver, es un poco exagerado eso, pero hace difícil adaptarse. Que es más complicado, no sé. Es como que no está hecho para nosotros. Ese sistema no está hecho para un centro de salud mental comunitaria. Está hecho para atender, o sea para atender a una persona, darle su remedio*

*y chao. Para eso está hecho. Y eso es una parte de lo que se hace. Es mucho más lo se hace en un centro de salud mental comunitaria” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*También el financiamiento va relacionado de que a lo mejor no lo consideran tan pertinente. Por lo tanto, hay el recurso menos, porque lo que se considera más pertinente es el hacer la atención presencial a las personas y todas las gestiones que van detrás no se consideran a veces tan relevantes para poder la persona recuperar su situación de salud ¿o no es cierto hacer una continuidad de cuidado con otras redes? Porque tenemos que pensar nosotros que el usuario no es solo nuestro, sino que está con otras redes y esas coordinaciones también son súper importantes para que la persona pueda mejorar su condición clínica” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

Para los expertos pagadores, en tanto, la intersección del componente “provisión” es fundamentalmente con el de “gobernanza”. Se activa el juicio que los mecanismos de pago definidos no estimulan la participación de las personas y que no son capaces de responder al avance de los conocimientos y tecnologías. Al mismo tiempo, se activa el juicio que los tomadores de decisión se supeditan al juicio político sobre las urgencias en salud, relegando a la salud mental por un factor de prioridad política y no sanitaria. También se activa la idea de que el pagador destina más recursos cuando las intervenciones requieren mayor complejidad tecnológica, más que mayor densidad de recursos humanos.

*“Ahora veamos lo que pasa en salud psiquiátrica, yo para hacer zoom, he ahí lo que digo está hablando de financiamiento general, pero no en el tema. Bien, bien en tema de salud mental, yo creo que lo que pasa es que nadie lo ha discutido porque está totalmente invisibilizado. Todavía tengo carencia de acceso tan grande como gente que se muere por cáncer por un montón de otras cosas, que la salud mental ha pasado a un segundo plano. Entonces mientras no se transparenta y no se vea el impacto real de cuánto sale eso, es súper complejo, que los tomadores de decisiones tomen porque caen en una presión política. Este populismo, también puede haber un populismo sanitario, entre tener gente que esté silenciosamente sufriendo una enfermedad mental en su casa, a que yo tener niños amarrado al frente de la Moneda, y no tengo la institucionalidad clara que decida el impacto, lo impacto de lo que tienen la tecnología sanitaria, van a priorizar lo que, lo que lo que es más fuerte lo que ha pasado históricamente a un segundo plano la atención psiquiátrica” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Un valor que, por supuesto tiende, fíjate, y eso también ha pasado a caer en obsolescencia rápidamente, porque da la impresión que la velocidad de las técnicas terapéuticas o las tecnologías de salud han ido más rápido,*

*es decir, drogas, medicamentos, tratamientos, insumos y otras cosas, más condiciones para hacer la terapia, estrategias terapéuticas también me imagino. Y eso da la impresión de que los mecanismos de pago no son capaces de ir absorbiendo rápidamente esto, porque no hay gobernanza, te fijas” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Y eso probablemente para Fonasa tiene una menor cuantificación que la que tiene recurso humano. Y ahí probablemente venga también una de las grandes dificultades que tenemos actualmente, por ejemplo, a nivel de las camas con el GRD y los egresos hospitalarios de camas de salud mental. Más allá de que el riesgo de vida sea una variable de ingreso de usuario en este caso y el procedimiento tenga una lógica de cuidados intensivos para recuperar o salvar la vida de personas a nivel de densidad tecnológica en cuanto a equipamiento, uso de las camas de salud mental no requieren ni ventiladores ni otros que dan cuenta de mayor densidad tecnológica y eso hace que su valor probablemente de egreso sea mucho menor de una cama de UPC finalmente, siendo un perfil de usuario relativamente similar en cuanto a riesgo vital” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

***Creencias y juicios valóricos colectivos que se identifican en las relaciones del componente de “recursos humanos”.***

Para los expertos pagadores, la intersección del componente “recursos humanos” con el de “provisión”, activa la creencia colectiva que los trabajadores comunitarios son quienes mantienen el vínculo cercano con las personas usuarias en su comunidad. También se activa la creencia, que cuando el personal adecúa sus actividades en sintonía con las principales necesidades de las personas usuarias entonces se establece un vínculo con el personal.

*“Porque al final nosotros somos el puente que hay entre la comunidad y ellos. Pero he visto que como experiencia es que el trabajador comunitario es el que más, el vínculo, el vínculo con la familia. Por ejemplo, yo tengo un vínculo bien grande con todo el equipo, los voy conociendo porque soy yo así como soy, soy más cercana, cariñosa, trato de darles al niño porque en mi familia yo también he tenido dificultades de salud mental por algún familiar. Se cómo, como se siente, se como vive, se cómo sufre. Sé que uno que uno a veces se siente solo, a pesar de que haya mucha gente, sé que necesita uno para salir de un estado tan crítico el aporte, el apoyo, el apoyo de alguien que te ayude, que te ayude a salir, que tengas en mente lo demás muy bien” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“Hay una TENS que ella va tempranito con todas las recetas, arregla los medicamentos y se los trae al CESAM para que la gente no, no gaste o no vaya a hacer una fila inmensa y se le entregan el CESAM. Yo creo que por eso también los tienen tanto cariño los pacientes, porque igual de alguna forma se le van acomodando las cosas para que sea más livianito su paso por el CESAM” (experto usuario, mujer, zona norte)*

Para los expertos proveedores, las intersecciones del componente “recursos humanos” activan el juicio que señala que cuando existe realmente la posibilidad de contar con procesos de selección del personal genuinos permite obtener equipos comprometidos y capaces de llevar adelante la misión de los CSMC. Sin embargo, ello no sería posible debido a las bajas remuneraciones ofrecidas o bien a la poca oferta de profesionales en el caso de los psiquiatras. Por otra parte, se activa el juicio que los médicos psiquiatras sólo tienen capacidades para diagnosticar y prescribir medicamentos, en desmedro de procesos terapéuticos integrales.

*“Porque el proceso de contratación es lento, engorroso, horroroso. No sé cómo decirlo. Lento, lento, lento y lento. Y malo, porque si fuera lento y bueno [...] Pero no sé, yo pienso que debe ser el sueldo o algo así que hace tan difícil contratar buenos profesionales” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“desde la mirada de recursos humanos, podría aportar lo importante que es los procesos de selección. Para llegar a conformar los equipos de un centro de salud mental comunitario y que den respuesta al modelo, porque cuando hay un proceso de selección se selecciona al personal idóneo y se va capacitando, entonces el equipo está comprometido con un modelo, tiene claridad de funcionamiento y eso es súper importante” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“Entonces, eso también es súper importante, ir conformando el equipo desde el principio, desde el proceso de selección, para lograr un buen compromiso de equipo de trabajo” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“Lo que sí veo yo de que, a la hora de contratar horas médicas, ahí podemos tener a lo mejor algunos otros elementos que considerar porque, por ejemplo, los cargos médicos no se van a concurso. Tiene que ver con la disponibilidad, la oferta. Más que nada” (Experto proveedor, mujer zona central)*

*“el psiquiatra convencional no es un psiquiatra terapeuta, es un psiquiatra nomás y prescribe donde obviamente tiene su lugar y es muy importante, y el avance de la ciencia y de la medicina y de los fármacos han sido muy importante. Patología de salud mental o en lo que se llama como psiquiatría mayor. Pacientes con ciertos cuadros diagnósticos que serían absolutamente intratables en ambulatorio. Lo son porque existe el avance científico y de la medicina. Pero esa es una parte de la población objetivo” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

Para los expertos pagadores, las intersecciones del componente “recursos humanos” con el de “prestaciones”, activa el juicio de que está en manos del personal clínico la forma en que se desarrollan las intervenciones, es decir, son ellos los que definen el tipo de tratamiento que realizan más que por las necesidades de las personas usuarias y que por el sistema de financiamiento.

*“Yo creo que ahí pasa más bien por la percepción de los clínicos, que es lo que deberían hacer o no, y se privilegia más una atención depende más de cómo están comprendiendo el propio funcionamiento del centro, su quehacer más que por los usuarios. O más que por el financiamiento” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

*“Yo creo que falta más bien desde como de los técnicos, la incorporación de la noción del recovery, como entenderlo así, ¿eh? No con el financiamiento. Yo creo que tiene que ver más con la formación de los profesionales, como entender lo que somos entes que apuntan a la recuperación o la a la a que el usuario sea más activo del proceso, que el usuario participe en su plan de cuidados o más, más, más orientado a eso. Yo diría que no pasa por el financiamiento, pasa más bien como, como entiende los funcionarios el modelo comunitario” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

*“Probablemente yo creo que va por la capacidad técnica de los equipos o el o la motivación de cada equipo” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

### **Creencias y juicios valóricos colectivos que se identifican en las relaciones del componente de “gobernanza”.**

Para los expertos usuarios, las interacciones del componente de “gobernanza” con el de “financiación, activa la creencia que los CSMC tienen una dependencia administrativa híbrida la cual depende de la voluntad del pagador para que funcione.

*“El COSAM de nosotros no sé si pasará en otros lugares, es un híbrido. La administración es municipal, pero también pertenece a la red de salud. ... Y yo creo que falta voluntad por parte del Servicio para que nuestro COSAM funcione” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“el Servicio de Salud, que es lo que son los que tienen el financiamiento para los COSAM, perdóneme, pero, incluso son, uno le habla o cuando uno va a reuniones con ellos y le explica los problemas de todo. O sea, escuchan, pero no sé. No, no. Es que está hace mucho tiempo. Ha durado muchos años. Y yo ya tengo, es el doctor [nombra un médico], jefe del Servicio. Y uno le habla del presupuesto, que la atención y los COSAM, y*

*no hay respuesta [...] estoy hablando no solamente ahora, sino que también de los gobiernos anterior, hasta el actual. O sea, no hay ningún interés por la salud mental” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

Para los expertos proveedores, las interacciones del componente de “gobernanza” con el de “prestaciones” activa la idea de que el quehacer clínico se esté convirtiendo en un proceso ejecutivo pero indolente con las personas usuarias y poco efectivo. En la interacción con el componente “recursos humanos” se activa el juicio de que, aunque el intersector asigne recursos para salud mental, no hay un enfoque intersectorial dado que ellos entregan dinero sin responsabilidad administrativa sobre la contratación del personal generando precarización del trabajo. Se activa el juicio que es el seguro público el único que gana con los actuales mecanismos de pago.

*“Lo que lo que pasa es que depende de la gestión de tanto comunal como de la persona que dirige el COSAM, porque en tú puedes decir mira aquí en la canasta dice que hay que hacer seis atenciones de psicoterapia y yo hago las seis y doy de alta y cierro el caso. Pero finalmente eso no es real, porque yo tengo pacientes que tienen 30, 40 sesiones y todavía no puedes cerrar los procesos” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“El quehacer clínico corre riesgo de convertirse en un sistema que es absolutamente indolente, frío. Muy ejecutivo. Pero. Pero no sé si tan efectivo y afectivo” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“Se me ha dicho que como es un dinero que viene de otro ministerio, que es el Interior, no tiene cabida dentro de lo que pueda ellos e incorporar dentro de los ítems del subtítulo 21, creo que es el recurso humano. Entonces es algo súper administrativo ya, pero que es de desmedro también de la parte del tema de la calidad contractual de la gente” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“Gana Fonasa porque se ahorra harta plata en que, si tuviera que pagar lo que realmente uno produce, tendríamos harto más dinero y podríamos hacer bastante más acciones en el COSAM o en cualquier centro de salud mental a nivel nacional” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana).*

Para los expertos pagadores, la interacción del componente de “gobernanza” con el de “prestaciones” se activa la idea de que el personal clínico ha tenido la autonomía para decidir cómo hace sus intervenciones, y eso ha sido a partir de preferencias personales y no de un trabajo colectivo. Al mismo tiempo, se activa la idea que la disponibilidad de fármacos es un asunto derivado de la gestión

local más que del sistema de financiamiento. También señalan que se activa el juicio de que la salud mental tendrá un sistema de financiamiento cuando sea una prioridad política de un gobierno.

*“también es un elemento técnico que paulatinamente tiene que ir permeando a los equipos en torno a trabajar bajo esa línea. Uno podría pensar que podría haber incentivos en torno a eso, pero también son elementos técnicos que paulatinamente se han incorporado como cambio tecnológico, probablemente por parte de nosotros el arranque. Y eso con la resistencia que eso tiene. Porque claro, cambio de una forma de hacer como que cada uno veía el usuario como yo quería. Yo podía trabajar más solo, probablemente con ese usuario bajo un modelo teórico, que a mi me fuera más cómodo y no un trabajo de equipo y de resolución de equipo por parte de los usuarios y viceversa” (Experto pagador, hombre, zona metropolitana)*

*“Yo creo que principalmente a, mira, yo sinceramente creo que más que a la política u orientación de modelo, yo creo que son situaciones que ocurren bien en equipo dependientes. Quizá poniéndonos un poco más teóricos, quizá las actitudes más comunitarias que pueden tener ciertos profesionales que te generan, digamos, las acciones de salud. Yo lo atribuiría incluso más, más, más a aquello que a modelo” (Experto pagador, hombre, zona central)*

*“Entonces yo creo que no solo basta el elemento del financiamiento, sino que también como un cambio ya social por parte del equipo, que vayan incorporando la mirada de participación por parte del usuario” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“no siempre se disponía el medicamento y ahí pasaba por variables más bien de gestión. Uno podría pensar que no siempre la gestión era óptima para poder asegurar un adecuado abastecimiento de los fármacos y eso hacía que en algunos lugares puede haber con discontinuidades de stock [...] en el caso de tercerizar la atención, es decir, cuando se basa en administración municipal, probablemente ese control es mucho más complejo de poder de poder lograr, porque ahí dependía probablemente de cuán bien yo hacía el convenio o no, o cuán bien usada la municipalidad de ese recurso en torno a la compra de determinado arsenal farmacológico [...] los mismos 100 pesos para comprar el mismo fármaco uno lo pudiera gestionar de mejor manera que otro. Y a lo mejor el otro no dejaba el 100 por ciento, sino que le sacaba 20 solo a 80 y eso hacía que finalmente el medicamento no pudiera estar disponible para el usuario” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“también tiene que ver con las prioridades del sector. En el fondo, cuando priorizamos cuántos recursos vamos a asignar, a qué cosas, cuando en esta última administración la prioridad siempre la tuvo cáncer y todos los recursos, o la mayor parte de los recursos de expansión que se han generado en los últimos años han ido sin contar el COVID, ¿verdad? Han*



*ido específicamente a cáncer. Entonces, en el fondo también tiene que ver con la prioridad que el sector le da a salud mental. Quizás, no sé, la próxima administración que llegue va a ser una de sus prioridades salud mental. Y ahí probablemente muchos los recursos adicionales que se requieran van a ir orientados a ese ámbito” (Experto pagador, mujer, nivel nacional)*

***Creencias y juicios valóricos colectivos que se identifican en las relaciones del componente de “financiación”.***

Para los expertos usuarios, la intersección del componente “financiación” con el de prestaciones activa la idea que el pagador espera ahorrar esperando que las comunidades tengan la iniciativa de hacer intervenciones para atender a las personas usuarias. En la interacción con el componente de “gobernanza” se activa el juicio que la autonomía de los CSMC lo que va a permitir su desarrollo y que funcionen mejor.

*“Pero ¿cuánta plata le hemos ahorrado al Estado? Decíamos el otro día donde hacemos todo esto y lo hacemos gratuito para la comunidad. Pero no se trata tampoco de eso. No se trata de estar mejor. De la importancia que tienen estos centros comunitarios. La puerta de entrada, que es salud primaria. Lo que es importantísimo, es cierto. Pero ojalá lo entienda, porque ahí de que hay que hacer mejora, hay que se mejora. Porque no una persona que de avanzada edad que hay a parar a las 05:00 para conseguir una hora. O está en una lista de espera porque no hay psicólogo. Entonces. No, eso tiene que mejorarse de todas maneras” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“a mí me gustaría que el CESAM fuera autónomo, que tuviera autonomía. Para mí, porque desde ahí parten la toma de decisiones más rápida. En cambio, así, que hay que pedir. Hace falta esto ¿ya? Hay que mandar correo porque falta este material o faltan estos medicamentos de que entonces [...] Pero sí, si me pregunta a mí. En mi forma personal, yo siempre he dicho que los CESAM, los COSAM, deben ser autónomos. Deben tener su propio directorio, todo completo, como viene el modelo. Pero para eso recursos. Claro” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

Para los expertos proveedores, las interacciones del componente de “financiación” en un contexto de restricciones activa la idea de que el CSMC no tiene por qué hacer más de lo que recibe como financiamiento, sabiendo que esto último es inferior a lo que hoy producen estos centros. En la interacción con el componente de “gobernanza” también se señala que se activa la idea de la importancia de la autonomía de los CSMC.

*“a mí me pagan una vez un psiquiatra al mes. Eso es lo que me pagan. Entonces, ¿para qué lo voy a atender más? Me pagan doce sesiones que le voy a dar más no, pero doce sesiones de psicólogo en un servicio como este, que se consumen en tres o cuatro meses y la media de tratamiento de un paciente que necesita psicoterapia o una atención de psicólogo especializada no va a bajar de 8, 9, 12, 24 meses, ¿no? Entonces, obviamente se incentiva o se desincentiva un tratamiento de alta densidad técnica” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“vengo trabajando en salud mental hace años y hace años que escucho que los COSAM deberían tener una gran cantidad de recursos humanos, una infraestructura propia, un tema digamos de independencia, donde nosotros pudiéramos tener que sé yo, otras unidades dentro, pero a la hora hoy día no lo tenemos” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

Para los expertos pagadores, la interacción del componente de “financiación” con el de “gobernanza” se activa el juicio de que la lógica de elaboración de los presupuestos carece de un enfoque de participación, por tanto, no lo promueve. También se activa el juicio que las redes de proveedores de tratamiento son inmaduras y no se hacen responsables de los recursos, más bien sólo gastan y gastan.

*“hasta ahora, en salud no hay una lógica muy participativa del usuario en la toma de decisiones respecto al presupuesto [...] Sólo pensar en lo último directrices de participación social, tenía que ver más bien con la lógica de poder plantear elementos más que una lógica de poder, una toma de decisión en conjunto. No sé si el mecanismo de financiamiento actual distaba de eso [...] al contrario, probablemente ni siquiera la toma de decisiones de los usuarios o la voz del usuario era pensada en la lógica del presupuesto de salud y probablemente tampoco de salud mental” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“mira, esta es la plata, ustedes hagan lo que quieran hacer, pero cúmplame los compromisos de gestión mínimo que son para cumplir el plan de salud. Pero me pasó que decía no, yo ya no le estoy dando el tratamiento del cáncer, este remedio, cualquier remedio me sale muy caro y a pesar de que está financiado, totalmente financiado. No es que trató de financiar nada. ¿Qué tuvimos que hacer? El cáncer sacarlo y marcarles. Y decir todas estas drogas se van a financiar con este otro bolsón. Pero eran, fueron los mismos recursos, no es que le pusieron mayor recurso. Los tuvimos que marcar porque, a mi entender, los servicios salud y a los directores hospital están acostumbrados a que lo traten como niños chicos y depende mucho si a veces lo trata y el padre muchas veces es Fonasa. O Redes o la Digerá. Entonces ponemos cuando estos padres no se llevan bien, presionan a uno o el otro y esto es la relación de Fonasa y Ministerio con su red. Aquí va a salir que yo lo dije, pero es como es de un niño, de un adolescente, no es nuestra*

*persona adulta y no son, no son. Los Servicios de Salud no son responsables de sus actos. Gastan más, yo les paso más y siguen gastando más. Ese es el punto” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

### **Definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador.**

En el análisis emergen conceptos relativos a la definición de la relación entre el usuario, el proveedor y el pagador en términos de las responsabilidades atribuidas a cada uno, así como de las relaciones de poder, que relacionan a los mecanismos de pago con el modelo de salud mental comunitaria.

#### ***Definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador que se identifican en las relaciones del componente “personas usuarias”.***

Para los expertos usuarios las interacciones entre el componente de “personas usuarias” con el de “provisión” muestra que las organizaciones sociales han asumido la responsabilidad de conseguir fondos para contar con servicios que son propios de los CSMC. También se devela que la incorporación de los trabajadores comunitarios introduce relaciones de poder horizontal con las personas usuarias.

*“En una oportunidad tuvimos que pedir a la comunidad firma para poder conseguir un móvil. Entonces la comunidad nos apoya, los pacientes nos apoyan” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“por mi parte, por ejemplo, yo pienso que el vínculo para mí es más fácil porque yo soy más cercana, a lo mejor porque nosotros los trabajadores comunitarios estamos más cerca de la familia y los escuchamos más. Estamos más tiempo en los grupos de autoayuda, por ejemplo, estamos más tiempo juntos [...] Acá, en los grupos, en lo que nosotros trabajamos, genera un espacio donde ellos saben que se van a encontrar con sus pares o sus amigos, donde nosotros tenemos reglas de oro. Y esa regla de oro nosotros es no hablar de fútbol, religión ni política, no hablar de la persona cuando no está presente y lo que se habla de grupo se queda en el grupo. Entonces, en base a esa confidencialidad ellos saben que lo que ellos cuentan se queda acá, saben que van a encontrar amigos” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

#### ***Definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador que se identifican en las relaciones del componente “provisión”.***

Para los expertos proveedores, las interacciones del componente de “provisión” con el de “recursos humanos” activa que, en la relación, el deber de los directivos

de los CSMC es supervisar que se cumpla efectivamente las tareas comprometidas de los profesionales a su cargo.

*“ya listo 120 mensuales y al fin de mes, y al final tú dices Ah, son 120. ¿Cuánto hizo Olga Toro? 120, listo está dentro de los estándares. Podría ser un poco más, podría ser un poco menos por los NSP [paciente que no se presenta], pero decir listo que la gestión de la agenda funciona. Esta persona me rinde, Ah este otro no, mira 30 y tenía que hacer 100. No, esta persona es floja. Entonces pongámosle más, hagámosle rendir más, hablemos con él y digámosle que está rindiendo mucho menos de lo que le corresponde. Y si no, a fin de mes, hasta fin de año no sigue con nosotros” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

Para los expertos usuarios, las interacciones del componente de “provisión” devela que los trabajadores comunitarios asumen la responsabilidad de conocer el territorio de la población en donde se ubica el CSMC.

*“El trabajador comunitario es quien más conoce el territorio y conoce las familias que hay en ese territorio. Y conoce las redes que hay en ese territorio. Entonces si viene un profesional de afuera lógico que no va a conocer nada. Yo cuando salgo en ruta con el móvil, yo le digo primero a esta dirección, después esta dirección y le hago todo fácil porque le hago la ruta. Pero si viene alguien de afuera de otro sector a trabajar, le cuesta porque no conoce el territorio” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

Para los expertos proveedores, las interacciones del componente de “provisión” con el de “medicamentos” activa que el gasto que se realizará en medicamentos es responsabilidad del médico respaldando con evidencia su decisión. En las interacciones con “recursos humanos” se devela que se espera que los profesionales tengan la responsabilidad de responder a las contingencias en conformidad con las competencias propias de la formación, aunque se cuestionan los límites de esa responsabilidad cuando las deficiencias son de la organización. También se señala que se otorga al médico psiquiatra el poder de “especialista” ubicándolo en una relación jerárquica. En las interacciones con los “sistemas de información” se identifica que estos no reflejan la responsabilidad de los CSMC de acompañar con intervenciones de gestión de caso indirectas junto a las intervenciones directas con personas usuarias, siendo sólo esto último lo que se captura como información. En las interacciones con “gobernanza” se devela que hay un uso instrumental de las organizaciones de usuarios negándoles poder real, y no hay delegación real de poder como fondo de la falta

de estrategias y actividades de participación de parte de los CSMC. En las intersecciones con “financiación” se devela que los CSMC han tenido la responsabilidad de asumir el riesgo de un mayor gasto debido a que el pagador no ha asumido su responsabilidad de responder a la mayor demanda de atención de la población, que los centros reclaman que ellos se ven obligados a atender.

*“En ese sentido, la decisión, bueno, lo que pasa ahí también es que si el médico lo indica hay una decisión como que después de que hay que comprarlo, entonces nadie o no sé, nadie le ha dicho que no, no se puede comprar este tratamiento a un Médico. [...] cuando se compra para el Arsenal, cuando se quiere adquirir un producto o un Fármaco para el Arsenal, el médico tiene que ir a la reunión de farmacia donde se reúnen, no sé si cada tres meses al comité de farmacia y decir por qué necesita ese fármaco y respaldarlo con investigaciones y ese tipo de cosas. Para que se lo acepten o no se lo acepten. Una decisión así” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“también dice a un profesional médico psiquiatra que hace un rato era crítico con su figura. Pero no es con ellos. Es más bien con lo que se espera del supuesto saber de un médico, que es como el especialista. Es como lo que viene a bautizar al centro de especialista. Es como el médico especialista. Y en realidad no, no es especialista. Sólo un médico especialista, también es trabajador social, técnico en rehabilitación, el psicólogo. Todos en este centro no son especialistas y no son los capos, son simplemente especialistas en una manera de entender, no de que hacer o padecer desde un punto de vista de salud mental comunitarios. Son como especialistas desde ese paradigma, de esa posición de que solo los como los que saben respecto de los que no saben mucho tiempo se entendió” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

*“eso por un compromiso de las personas que trabajan, porque independiente que yo sea la directora y esté dirigiendo este COSAM, yo dije oye, hay que trabajar Porque hasta más tarde, porque es una necesidad de todos de todas las personas, de todos los usuarios, Nadie se quejó, todos dijeron sí jefa, ahí estamos hasta las 9 de la noche y no hay problema [...] Por ejemplo, en Pandemia a nosotros no nos entregaron ni teléfono ni internet y la gente se fue a la teletrabajo ocupando luz, agua y todo lo que eso incluye de sus propios bolsillos” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“Estamos dentro del hospital, bajo un modelo hospitalario, pero nosotros no trabajamos, somos personas, no funcionamos como un hospital. Y es ahí donde hemos tenido que ir paulatinamente conversando. ¿Cómo se trabaja? No se sabe qué es lo que proyecta el trabajo de sus directores médicos. Van cambiando. Entonces hay que estar también induciendo al director nuevo, que es lo que usan, porque no saben lo que es, no cierto. No sabe qué hacemos y empezamos a hacerle inducción cada vez que cambie jefatura” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Hace poco a la gente que trabaja en programación les cuesta entender los rendimientos de salud mental, que son súper distintos a los rendimientos hospitalarios [...] por ejemplo, como anécdota, la semana pasada estuvimos trabajando en reprogramación qué es lo que era la gestión terapéutica, pero por qué se hace la gestión terapéutica y hay que empezar a explicar, ¿no? Que es por esto, por esto otro. Este es el efecto que tiene haber gestión terapéutica. Entonces, como siempre, está muy enfocado a la atención presencial, pero todas las gestiones que hay detrás de un usuario para que haya una continuidad de cuidado, para que hay una adherencia, que son a veces capacidad de gestión, de coordinación con otro equipo más cierto o con la familia, a los equipos les cuesta entender que la gente que trabaja en programación [...] Por qué tenemos que hacer esto y hay que estar ahí como educando un poquito también lo cierto y explicándole que el modelo de gestión trae traer, por ejemplo esta prestación que significa tal cosa. Las derivaciones asistidas, ¿por qué tenemos que hacerlas?” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“No sé si tiene que ver con lo financiero o con la imagen política o eso. Pero no sé si tiene que ver directamente con lo financiero, pero sí, ¿para qué se solicita las organizaciones? Para ir a ver el, y que participen las personas y organizaciones de usuarios, para ir a ver el discurso de la directora, la cuenta pública, para ir no sé, cosas así. Como para eventos, pero no una participación real, diría yo. Que se usan, no sé, se usan para una imagen” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Ahora, por ejemplo, estamos a años luz de lo que dice el modelo, porque nosotros no tenemos como COSAM la exigencia es que deberíamos tener un diagnóstico participativo de forma anual para poder elaborar el plan de salud mental comunal [...] ha desincentivado la participación del usuario en términos de que no tienes plata, no tienes un item, de que diga oye, mira, para que sea un centro comunitario propiamente tal, tú tienes que hacer un diagnóstico participativo todos los años y eso va a estar pagado por los resultados, por los indicadores que salgan en ese diagnóstico participativo” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“ya sabes que impacta de alguna forma [la relación con las organizaciones comunitarias], porque como no somos una entidad independiente o un establecimiento independiente en el cual nosotros pudiéramos pensar en el modelo de gestión como una unidad aparte, donde hay una unidad de recurso humano, una unidad de finanzas, donde pudiéramos trabajar con las agrupaciones como entidad” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“Que las canastas son nada, comparado con las que realmente haces, porque, por ejemplo, me pagan 120 depresiones mensuales y anuales. Y yo en el programa de depresión tengo más de mil. E ingresa anualmente alrededor de doscientas cuarenta personas, 300 personas anuales [...] Pero además tienes el arrastre que te pagan el segundo año bastante menos. Pero sigues con una brecha importante, porque finalmente te pagan 120, pero ingresas 300, por lo tanto, tienes un delta de 180 y así*

*vas arrastrando, arrastrando, arrastrando” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“Nosotros estamos en este momento en el medio, entre lo que lleva el modelo de gestión de lo que es el trabajo, el terreno, el trabajo con la comunidad y lo que mide, lo que mide. ¿No es cierto? Fonasa por las prestaciones que paga Fonasa. Nosotros tenemos claridad cuáles son las PPV que hay que tenemos que hacer, que es la consulta la que generan los pagos. Pero todas las demás actividades que refiere no. El modelo y ese que nosotros queremos llegar, esas no están valoradas, no están asociadas a ningún tipo de pago” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

Para los expertos pagadores, las interacciones del componente “provisión” con el de “gobernanza” activa la observación de que en la actual institucionalidad falta definir un responsable de la elaboración del plan de salud que se deberá financiar para salud mental. El pagador no ha asumido la responsabilidad de definir políticamente qué es lo que está dispuesto a financiar. En las interacciones con el componente de “financiación” emerge la observación que las canastas de prestaciones que ha construido el pagador, ha carecido del respaldo de expertos y recomendaciones desde la evidencia, pues los técnicos suelen terminar recomendando las prácticas que ellos hacen.

*“Dentro de la institucionalidad del sistema salud, yo creo que falta un rol o o alguien que te defina el plan de salud, qué quiere, cuál va a ser la promesa que nosotros le vamos a dar a nuestros asegurados. Porque al tener esta promesa, que es el Plan de salud, Fonasa tiene que asegurarse cómo articular los recursos para que esos riesgos sanitarios bajen, qué cosa puede financiar. Y después Redes tiene que articular estas redes con Fonasa. Pero esa división de funciones y roles no están para nada claro en el MINSAL quien define la salud mental” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Yo creo que el problema que hoy día tenemos es que todas las cosas que nacen en base hacia el espacio de oportunidad, más que a planificación. Pero eso es un temor. Necesitamos el ejercicio de rediseño. Pero así todo sigue ocurriendo que seguimos en base a oportunidades y no en base a planificaciones y me parece que está mal, está mal, claro” (Experto pagador, hombre, zona central)*

*“Pero fíjate que en eso creo que romper, romper esta esta lógica de centro hospitalaria o como dices biocurativa o biomédica exclusivamente, va a tener que ser una decisión de gobernanza. O sea, allí hay una intención en realidad. O sea, tiene que haber intencionalidad. Los mecanismos, ahora, afortunadamente, lo que hemos discutido y así sabemos, estamos*

conscientes que hay un problema” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)

“nosotros siempre que le construimos algún paquete o alguna intervención sanitaria que tenga la evidencia, tanto sea de la intervención como de la prestación, como sea de del fármaco, y eso no es fácil, no es fácil porque la gente lo hace mucho en el en la relación al cómo lo hago yo hoy día en mi hospital lo hacemos así o en el consultorio lo hacemos así. Pero no es como el de verdad, como la recomendación. Entonces hay que ver de que lo que quienes participen sean expertos, hay gente que tenga experiencia, que sepa. Incluimos esa con la técnica de evaluación tecnológica. Incluimos a otra, a otro colegio o a otra sociedad de salud como variable que se realiza para hacer al final la valorización de esa intervención sanitaria” (Experto pagador, mujer, nivel nacional)

**Definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador que se identifican en las relaciones del componente “recursos humanos”.**

Para los expertos usuarios, las interacciones del componente de “recursos humanos” con el de “provisión” activa la propuesta al proveedor de incorporar expertos por experiencia responsables de asesorar a los CSMC en virtud de la Ley 21331 para mejorar sus prácticas. También se devela que la incorporación de trabajadores comunitarios a develado las relaciones de poder jerárquicas con los profesionales del equipo.

“Porque yo soy usuario de salud mental y me encantaría que aprovecháramos el artículo 5° de la ley 21.331 en el inciso segundo y en el COSAM cuando den de alta a personas, trataran de ver cuál persona está mucho más estable y lo contrataran ahí como asesor. Porque uno como experto se da cuenta de cosas que otras personas no ven. Porque uno ha pasado por cosas similares. Entonces, como asesor esa persona podría ayudar mucho a ver cosas que un psicólogo, psiquiatra o un terapeuta o un asistente no ven porque no lo han vivido. Entonces por eso me aferraría al artículo 5.º en el inciso segundo de contratar a personas que hayan dado de alta y que según una reunión del COSAM digan esta persona es adecuada para que contribuya en poder ver qué cosas podemos hacer y qué cosas estamos haciendo mal” (Experto usuario, hombre, zona sur)

“Por ejemplo, yo llevo un poco más de diez años en un programa ecológico de salud mental, de salud comunitaria, salud mental comunitaria, y yo puedo, en base a toda la experiencia que tengo, acercarme más a ellos como persona. Entonces la diferencia aquí y cómo podríamos mejorar esto yo pienso que es que cada profesional también se saque un poco del poder profesional y se acerque más a la comunidad,



*porque, por ejemplo, acá a mí me pusieron dos profesionales, tiene que estar conmigo en los grupos siempre. Y es la primera vez que trabajo así, porque nunca los profesionales habían estado trabajando y mirando todo lo que tengo que hacer. Porque digo yo, nosotros somos autónomos, entonces necesitamos que nos supervisen una vez al mes. Igual es como difícil, porque los chiquillos, no, yo digo chiquillo, pero son personas adultas, algunas jóvenes también y no se expresan, no son o no son las mismas personas cuando están ellos que cuando estamos nosotros no más” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“Mi opinión es muy bien considerada, mi trabajo también porque hay reuniones clínicas y también me incorporan en las reuniones clínica y los doctores en sí siempre evalúan mi trabajo. Entonces ellos están siempre me están derivando familias, pacientes, para que yo trabaje con ellos en su domicilio” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“Y, por otro lado, también tenemos este psiquiatra que era más bien nefasto en su actitud. Ahora, si se lo ponemos en terreno y sabemos que son 20 o 30 minutos máximo que estoy con el psiquiatra, es difícil que un psiquiatra nuevo o una persona nueva que se atiende con un psiquiatra vayan conociéndose y conociendo la historia vital de cada persona para comprender por qué está así y por qué ciertas cosas le causaron crisis, por ejemplo. Entonces en 20 o 30 minutos, si yo voy ahora a la calle y le hablo a una persona, difícilmente voy a estar estableciendo una relación para contarle cosas personales o íntimas y eso” (Experto usuario, hombre, zona sur)*

***Definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador que se identifican a partir de las relaciones del componente “gobernanza”.***

Para los expertos usuarios, las interacciones del componente de “gobernanza” con el de “provisión” activa el deber que tienen los trabajadores comunitarios de formarse como tales, existiendo coincidencia sobre este aspecto en el modelo de gestión de la red temática de salud mental del Ministerio de Salud y las organizaciones de la sociedad civil. Esto activa el problema acerca de quién es el responsable de definir y nombrar el rol de los trabajadores comunitarios, pues los expertos usuarios que son también expertos trabajadores quieren tener responsabilidad en esa discusión.

*“Si el modelo que traía el modelo de gestión era lo mismo que hacemos nosotros los trabajadores comunitarios, es exactamente lo mismo. La formación que nosotros tenemos y para ser formado un sector comunitario tiene que pasar por el programa ecológico, le decía yo a los profesionales, porque esa formación que no hay en otro lugar. Nosotros tenemos la*

*educación continuada. O sea, nosotros ahora estamos con el nivel superior. Y todos los años hay escuela de educación continua. Entonces todos los años nosotros nos preparamos en temas de salud mental y no se quedó en el modelo de gestión como gestor comunitario. Así que se quedó con eso. Pero yo digo que el modelo es exactamente yo cuando he leído la parte de participación dijo, pero si esto lo hacemos nosotros, esto también lo hacemos nosotros. Estoy orgullosa de la formación que tenemos comunitaria. Somos todo terreno, le ponemos el corazón y nos ponemos en el lugar de la familia que está sufriendo. Y también activando las redes que hay alrededor de nosotros. Y nosotros conocemos el territorio” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“Lo que pasa es que yo estuve trabajando en el modelo de gestión y en el otro plan de plan de salud mental parece que se llama, son dos libros. Estuve trabajando en los grupos y todo eso que se hizo. Y yo. Yo decía que por qué se iban a llamar gestores comunitarios” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

Para los expertos proveedores, las interacciones del componente de “gobernanza” con el de “provisión” devela que es el propio proveedor quien ha asumido la responsabilidad de autorregular la forma en que otorga su atención, pero al mismo tiempo existe la percepción que las formas de administración de los CSMC los mantienen sin poder en la toma de decisiones sobre los recursos. En la interacción con “recursos humanos” plantean que la responsabilidad de definir la dotación del personal es en realidad del pagador cuando se define por dotación máxima de cargos. En la interacción con “financiación” se observa heterogeneidad en la definición de las responsabilidades del CSMC en el manejo de los recursos. Desde aquellos que develan irregularidades administrativas, aquellos que tienen responsabilidades muy limitadas, hasta aquellos que han logrado ciertos arreglos locales para delegar responsabilidades más claras.

*“por lo menos acá en el centro no tenemos limitaciones, como de la frecuencia, es más está como el libre albedrío en relación a la necesidad clínica, a la evaluación del riesgo. Un poco más en ese sentido, donde hay pacientes que yo los controlo semanalmente versus otro que lo controlo cada tres meses, cuando están más estable y en realidad, desde de SOME o desde el servicio, no hay un cuestionamiento de la frecuencia de las prestaciones... Obviamente, en las patologías GES hay que cumplir los estándares mínimos, o sea hay que cumplir o evaluar los pacientes dentro de los rangos máximos. Y eso en ese sentido, igual al estar supeditado del hospital, hay un departamento de GES en el hospital que supervisa que todas las prestaciones sean en los tiempos adecuados” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“nosotros al ser un centro adosado a un hospital. Nosotros no somos un centro propiamente independiente. Pronto la financiación como entidad nosotros no la recibimos directamente, sino que estamos supeditados al hospital [...] como nosotros no manejamos la parte administrativa de esa parte, yo soy el coordinador más de las funciones clínicas de mis funcionarios. La parte administrativa yo el trato directo con el subdirector administrativo del hospital, quien gestiona los recursos, la instancia, el equipamiento” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“nosotros siempre hemos necesitado autorización para comprar, adquirir o gastar la plata, nunca hemos sido autónomos en ese sentido [...] Otra cuestión que no sé si tenga que ver con el financiamiento, que yo creo que se abusa” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“efectivamente el modelo es que nosotros somos dependientes del servicio de salud [...] no tenemos injerencia del artículo 21 nosotros. Ninguno. Tenemos la dotación asignada y no depende de un tema presupuestario poder contratar a uno u otro profesional, sino que tiene que ver con la dotación asignada cuando se creó el centro. Y a propósito de eso, nos han habilitado en el tiempo de pasar de dos cargos a honorarios por la sobrecarga laboral” (Experto proveedor, mujer, zona central)*

*“nos depositan esas cajas chicas en nuestras cuentas personales. O sea usan nuestras tarjetas, nuestras cuentas. Para ello creo que no corresponde, pero lo hacen igual y yo tengo que ir a sacar la plata. Lo que me cobren por sacar la plata lo tengo que asumir yo [...] Y otra cuestión. Bueno nada que ver esta situación, pero igual te voy a contar. Una cuestión así uyyy. Uno paga un seguro por ser fiadora, por tener la plata por si se pierde, pero el seguro paga, devuelve la plata, sólo si yo soy culpable de la pérdida de la plata. O sea, el seguro no me protege a mí, sino que protege al servicio. Entonces y si yo soy culpable, me toca una nota de demérito y de los castigos. Y la única forma de que el seguro le devuelva la plata al servicio es siendo yo culpable. Ten en cuenta que en un momento me tocó estar en un sumario, pero menos mal que después, como de cuatro años en el sumario, ahí recién se resolvió (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Nosotros los centros, son centros de costo y no solamente asumimos los gastos o costos del centro, sino que asumimos, por ejemplo, los costos de los hogares y los hogares y residencia protegida, o los arriendos de esas casas. Los arreglos de esas casas también. Y claro, nos avisan, nos dicen yo tengo que aprobarla, pero tengo que aprobarla no más. O sea, pasa por mí para que yo dé el visto bueno. Pero no es mi decisión” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Yo por mi parte como unidad, yo no tengo una unidad de finanzas. Entonces yo solamente solicito el pago de recurso humano, el pago de*

*arriendo del establecimiento, los pagos de consumos básicos, etc.”  
(Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“en temas presupuestarios pasamos a ser un centro de costo más, ¿ya?  
Es como una dependencia más del Servicio de Salud. Por lo tanto, nuestro  
presupuesto está por un centro de costo, ¿no es cierto? Y separado por  
folios, folios que vienen a completar o a detallar nuestro presupuesto”  
(Experto proveedor, mujer, zona central)*

Para los expertos pagadores, la interacción con el componente de “financiación” devela que los profesionales de la salud mental no han asumido la responsabilidad de construir los paquetes de servicios que deben proveer los CSMC.

*“nuestro plan de salud Fonasa cierto, es en relación a ciertas como  
solicitudes o prioridades que hemos trabajado con sociedades científicas.  
Y este trabajo lo venimos haciendo desde el año dos mil catorce  
aproximadamente. Todos, todos los gobiernos, todos los regímenes.  
Desde esa época se ha trabajado y se ha revocado mucho y pero ahí tu  
vez que nosotros se invitó a una sociedad científica. Desgraciadamente  
las de Salud Mental y psiquiatría no fueron muy digamos entusiasta en  
trabajar con ellos y así no se logra nada” (Experto pagador, mujer, nivel  
nacional)*

***Definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador que se identifican en las relaciones del componente “financiación”.***

Para los expertos proveedores la interacción del componente de “financiación” con el de “prestación” devela que los CSMC otorgan intervenciones sin asumir responsabilidades sobre su financiamiento. En las interacciones con “gobernanza” se devela que esto se acompaña de que la forma de organizar la administración de los centros no favorece esa toma de responsabilidad. La falta de autonomía y poder de los CSMC les obliga a negociar permanentemente para acceder a recursos para el trabajo comunitario.

*“Nosotros cuando se interviene no se piensa en cuánto va a costar, ni qué  
cuesta más, ni que menos. Se interviene no más. Yo diría que no tiene  
relación para nosotros. Nosotros no nos medimos en eso, si es que hay  
que intervenir algo se interviene, incluso hay médicos que piden  
exámenes, sobre todo a los niños que no están, y hay que comprarlos en  
forma particular, por ejemplo, se solicita la compra particular, aunque la  
jefe me queme, Si lo dijo el médico hay que hacerlo” (Experto proveedor,  
mujer, zona norte)*

*“no hemos visto una limitante con el pago, con las prestaciones como de nosotros mismos, sino que tiene que ver más con el presupuesto global del hospital y donde nosotros tenemos una comunicación cercana con el químico, con los químicos farmacéuticos del hospital y donde siempre están súper abiertos, por ejemplo, incluso a compras extraordinario de medicamentos [...] Por lo tanto, como quizá por número, nosotros no manejamos nosotros como centro, pero sí supeditado, como del subdirector administrativo, que en realidad siempre nos ha dado muchas facilidades” (Experto proveedor, hombre, zona sur)*

*“Pero todo eso salió por proyectos y yo creo que ahí está también la dificultad de no tener un presupuesto para hacer este tipo de actividades, que si nosotros no hubiésemos tenido la agrupación a lo mejor no hubiésemos accedido a tener estos recursos y por lo tanto las actividades propias de un centro de salud mental tal vez se hubiesen visto más en raspada o con menos frecuencia, porque el tema de la agrupación que tenemos nosotros nos permitió acercarnos a la municipalidad, nos permitió presentar a los fondos de los centros de alcoholismo que llegan en servicio a los proyectos ¿No es cierto? que a veces vienen por los cupos los gobiernos regionales, pero ha sido por la personalidad jurídica de la agrupación en realidad, y eso son recursos que deberían estar asignados a los centros, pero no están” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Porque también yo a medida que fui con los cuatro años que llevo en Jefatura, fui aprendiendo esto, porque tampoco nos enseñaron que esta prestación tiene un código, que cuál es el valor” (Experto proveedor, mujer, zona norte)*

*“Yo creo que dentro de lo que es a nivel regional, tengo contacto justamente con varios encargados de COSAM, cierto, y lo mismo que me pasa a mí les pasa a ellos en su realidad, exactamente lo mismo adosados a hospitales, adosados al servicio de salud específico y con esta problemática que yo te digo que es de la independencia económica” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“Y ahí es donde vamos a negociar con la subdirección, explicarles de qué se trata y no es un presupuesto o un ítem propio de nosotros. Ya dispongamos del dinero y podamos ver qué vamos, a qué vamos a hacer, qué trabajo comunitario vamos a hacer en tal fecha, porque disponemos el dinero primero, vamos al contrario, vamos a ver si conseguimos recursos y cuánto nos dan y después vemos cuál va a ser la actividad comunitaria que se va a realizar” (Experto proveedor, zona norte)*

Para los expertos pagadores, las interacciones del componente de “financiación” con el de “gobernanza” existe un problema basal de que no ha existido la discusión acerca de la política de cómo financiar los CSMC, no quien asuma la responsabilidad de la gobernanza del sistema de financiación de los CSMC. Pero

también devela que en el proceso de gestión de los CSMC los Servicios de Salud como pagadores tienen fragmentada esta función y los referentes técnicos develan que no tienen real poder en la toma de decisiones sobre los recursos para esos centros.

*“No hemos discutido eso sí cómo financiar estos centros y estos centros son financiados por presupuesto histórico. Entonces vienen con presupuesto histórico del Servicio de Salud. Pero el Servicio de Salud dice no, yo lo gasto medicamentos, lo gasto en recursos humanos, lo gastan en otras cosas y al final no le llegan a los servicios. Y el director dice No, yo no tengo plata. ¿Por qué? Porque están esperando que sea Fonasa, que diga no, yo ya no te lo voy a pasar así, te lo voy a pasar de esta otra forma o te lo voy a marcar. En Salud está muy acostumbrado a que todo venga super marcado y esto también me pasó con los GRD” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“tú no puedes entender que hay una gobernanza cuando tú tienes un grupo de técnicos de un lado o del otro, con una división de por acá, con un encargado de programa, con el Fonasa que hace unas valorizaciones, no hay una gobernanza. Una gobernanza implica, y ahí tenemos el primer gran, la gran debilidad del sistema” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“O sea, un plan de salud mental, por ejemplo, si no hay una gobernanza sólida, tiende a caer en esta cascada de programas que se van formulando todos los años como tú conoces que se formula el presupuesto y se van entregando estas platas” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Y eso influye otra vez en que el mecanismo de pago también cae en obsolescencia, que no hay una gobernanza que lo dirija, que lo que lo que lo revisa territorialmente, desde un punto de vista de enfoque poblacional” (Experto pagador, hombre, nivel nacional)*

*“Como no es un centro de costo independiente y depende del servicio, la gestión de los recursos depende bastante que a criterio y un poco de la burocracia, también del servicio [...] Entonces, en ese sentido es un obstáculo depender cierto solo de un desde un puro lado como de depender desde la misma área financiera y administrativa, ¿eh? Y eso complica bastante para nuestro cosam las compras de algunos insumos y compra de materiales para talleres, por ejemplo. ¿Eh? Que si tenemos asesores de compra, pero que ven toda la dirección más todos los dispositivos. Por tanto, no somos prioridad y por ahí entorpece bastante como las actividades para ejecutar algunos talleres, para ejecutar acciones con la familia o con la comunidad. Eso yo creo que es el principal obstáculo” (Experto pagador, mujer, zona sur)*

## **Razones o creencias que fundamentan el resguardo de intereses individuales.**

Para los expertos usuarios, las interacciones del componente “provisión” devela que la experiencia personal de tener un familiar diagnosticado con un trastorno mental es la razón por la cual se desempeña como trabajador comunitario involucrando a las familias. También que la necesidad de evitar una crisis a causa de la discontinuidad del tratamiento farmacológico es la razón por la cual se reclama los medicamentos en los centros de atención primaria si no está en el CSMC, llegando hasta su director, lo que a veces es interpretado como de conflictivo. Las interacciones del componente “recursos humanos” devela que la formación como trabajador comunitario abre la posibilidad de tener un trabajo, y de volver a sentir, a tener esperanza, a ser feliz. Las interacciones del componente “financiación” devela que la motivación por realizar los tratamientos farmacológicos indicados por el psiquiatra con medicamentos que no están contemplados en el GES es la razón por la cual hay que comprarlos “rebuscándosela”.

*“He estado por muchos años en esto porque tengo la convicción de cuando la familia se propone o se tiene la convicción de que los cambios existen. Y que los cambios son personales, se logra grandes cosas. Yo lo digo por forma personal, yo ingresé por una problemática que tiene un familiar, entonces jamás pensé que yo tenía que hacer cambios también. Y aquí aprendí que sí. Entonces durante todo ese tiempo he logrado y he logrado hacer muchos cambios en mi vida. Entonces sé que el trabajo que nosotros hacemos y el trabajo que se hace es con la unión de la familia, con la unidad de trabajo de nosotros es la familia. Entonces no es con a quien le dicen el individuo que tiene el problema, no nosotros, es el trabajo, es con la familia y ahí es donde se logran grandes cosas, se logran grandes cosas y nosotros como familia logramos más unión, más diálogo y el miedo lo perdimos, porque cuando hay una persona con esa problemática hay miedo, la familia hay mucho miedo y ese miedo se perdió porque yo veo, imagínense más de 15 años, veo a mi hermano bien trabajando, lo veo feliz, unido a la familia, entonces es un gran logro familiar y fue un logro de todo, de todos, de todos, porque cada uno de los integrantes de mi familia puso un granito de arena para aportar a apoyar a ese familiar” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“Si bien en el camino uno igual lo arregla, por aquí o por allá, se busca, se consigue lo que sea con los remedios, en el momento te crea una crisis enorme porque te ves de ves como directo a un abismo. Así como qué voy a hacer sin mis remedios, me voy a morir [...] Como que conozco más gente y no me quedo callada nunca, he tenido la suerte de pedirle, oiga, al director del del CESFAM, decirle por favor, puedes llamar al director del*

*COSAM y decirle que soy Paola Salas que vengo del Alsino que qué pueden hacer en mi caso que la receta no está bla bla bla bla bla. Todo esto previo a una crisis que me provocaron ellos mismos. Pero finalmente se resolvió, pero fue porque yo tuve que hacer presión para que eso sucediera. O sea, sí yo no hago esa presión, simplemente me quedo sin medicación hasta que yo tenga la posibilidad de ir nuevamente al COSAM a buscar la receta o esperar a que ellos lo envíen por valija para luego ir a retirarla al CESFAM” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

*“cada año hay oportunidad. Va a haber oportunidad para que, para que ellos se formen como trabajadores comunitarios, aprendan, tengan herramientas y que después vayan también adquiriendo más herramientas, porque la escuela después tiene un nivel segundo nivel y un nivel superior. Entonces, así como yo estoy ahora trabajando, que tengo la oportunidad de tener un trabajo, ellos también pueden tenerlo y eso puede volver a que vuelvan a vivir, que vuelvan a sentir, que vuelvan a tener esperanza, que vuelvan a ser felices. Que vuelvan a creer. Si vemos que es así, es fácil que se desarrolle como persona. Eso es lo que es mi experiencia que nada acá” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“Aquí en el centro solamente estoy yo. Y yo le digo que por todos los años que llevo trabajando en, de todos los años que yo conocí el programa, me formé en Salud Mental y me dieron la oportunidad. Yo vine en este centro a hacer mi voluntariado, entonces yo ahí iba un día a la semana a hacer los grupos de autoayuda o multifamiliar, entonces siempre iba, hacía actividades, hacía en la escuela de educación continua y el doctor, el encargado un día me ofreció si quería incorporarme al equipo. Y yo. Bueno, aparte de estar feliz porque en el sector donde yo vivo muy cercano de mi casa. Agradecida de la oportunidad y yo hasta el momento estoy en apoyo ahí y trabajo en conjunto con ellos” (Experto usuario, mujer, zona norte)*

*“había personas que le dieron un medicamento específico que no estaba dentro de lo que podía cubrir en FONASA. En FONASA que es gratuito, que es que, con el GES, que no estaba dentro el GES. Entonces ellos recurrieron a la farmacia que está en la plaza Ñuñoa, yo no recuerdo cómo se llamaba, pero era una farmacia como de la municipalidad, donde le bajaba mucho el precio y podía ser accesible. Habían de las 12 personas, había cuatro que compraban medicamentos que no estaba garantizado por GES, que tenía que comprarlo ahí. En ese sentido sí gastaban dinero. Había un medicamento, había una persona que compraba un medicamento que era muy caro y que después dejó de estar en la farmacia de la municipalidad y ahí el departamento de Inclusión apoyó con un beneficio extra, porque si no lo hubiera podido cubrir [...] Algunos, algunos medicamentos, no todos, algunos medicamentos que no estén cubiertos por el GES, por ende, no son gratuitos y hay que comprarlos aparte” (Experto usuario, hombre, zona sur)*

*“Por lo tanto, de repente te sacan el medicamento que necesitabas y estás obligado a ir a comprarlo de forma particular. Y son algunos*



*medicamentos que son muy caros” (Experto usuario, mujer, zona metropolitana)*

Para los expertos proveedores, las interacciones del componente de “provisión” devela que la falta de unidades administrativas y autonomía del CSMC es la razón por la cual su director no puede ser más eficiente. Las interacciones del componente “Recursos humanos” develan que la falta de dotación de cargos para el CSMC es la razón por la cual su director usa otros medios más precarios para contratar personal. También que la falta de formación universitaria es la razón por la cual el director del CSMC debe aprender su rol en la práctica del cargo.

*“Yo no estoy haciendo lo mejor, eficiente mi trabajo porque no tengo estas otras unidades, no tengo esta independencia. Yo podría hacer mucho más a nivel comunitario si el modelo se cumpliera. El modelo como desde lo que lo que señala digamos que es la implementación de un centro de salud mental comunitario. Entonces, si bien es cierto, le sirve a los pacientes en este minuto porque es lo que tienen, ya, pero no deberían tener esto o debería tener algo mejorado. Siendo como crítica” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“Entonces, que he tenido que hacer yo, he tenido que poner a gente en algunas personas en el Código del Trabajo. Antes eran más, hoy en día son menos [...] todo lo que indica la canasta es que tienes que hacer todas las funciones intra box y finalmente lo que uno va haciendo es que va agrandando los recursos humanos porque necesitas poner cada vez más atención a los usuarios” (Experto proveedor, mujer, zona metropolitana)*

*“Ya te comento y por lo tanto, a nivel ministerial, ellos como son de programas externos, son prestadores de servicio. Nunca los han considerado dentro de lo que son, como las necesidades de honorarios de un hospital. Y ese es un problema que es bastante serio. [...] De hecho, yo he solicitado al gremio la posibilidad de apoyo a las jefaturas, más arriba y hasta la hora no he tenido respuesta de los contratos. hay gente que, de verdad, en promedio lleva más de seis años trabajando en horario [...] Hoy día esa es una de las dificultades que hemos tenido como como cosa que yo personalmente como jefatura, porque la gente tiene su sueldo, es cierto, pero no está contratado. En rigor no es funcionario público. Ya es solamente un funcionario prestador de servicios” (Experto proveedor, mujer, zona sur)*

*“o salí de una de una carrera que no es el primero, pero mal no me fue y no tenía idea de nada. Todo lo que yo he hecho desde que salí en la universidad, en el sistema hasta ahora, todo lo he tenido que aprender de esto” (Experto proveedor, hombre, zona metropolitana)*

A continuación, se presenta una síntesis de los conceptos emergentes arriba abordados que asocian los mecanismos de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC, organizados de acuerdo con que si éstos contribuyen positivamente al desarrollo del modelo o no. Esta clasificación se basó en la valoración que los mismos expertos entrevistados le dieron a su relato explícitamente, o señalando ejemplos que dan cuenta de esa valoración. En el caso de los conceptos que contribuyen favorablemente al modelo comunitario, se refiere a aquellos que denotan un cambio o una nueva práctica de la forma de funcionar del CSMC valorados positivamente por los expertos entrevistados. En el caso de los conceptos que no cambian nada, se refiere a que eran situaciones ya existentes en el sistema de salud y que se mantienen a juicio de los expertos entrevistados, incluso cuando se hayan adoptados nuevas medidas o acciones en salud mental. En el caso de los conceptos que representan un retroceso para el modelo comunitario, lo son en la medida que así lo expresan los expertos entrevistados o que siendo originalmente un buen concepto (por ejemplo, una buena medida de gestión) al implementarse en forma errónea afecta especialmente la expectativa de cambios por lo cual termina siendo iatrogénico para el modelo en los CSMC.

Tabla 41. Prácticas, recursos y/o procesos institucionales activados a partir de las relaciones entre los componentes del sistema. (Experto usuario=U; Experto proveedor=Pr; Experto pagador=Pg)		
Favorables para el modelo comunitario	Que mantienen todo igual	Que representan un retroceso para el modelo comunitario
<p>El CSMC implementa grupos de autoayuda conducido por trabajadores comunitarios capacitados, que contienen mejor los factores de la determinación social de los problemas de salud mental de las personas usuarias. (U)</p> <p>Mejora la disponibilidad de un arsenal psico-farmacológico en calidad y cantidad (Pr)</p> <p>Se dispone de vehículo para actividades en el territorio, como visitas domiciliarias (Pr)</p> <p>El CSMC estima su capacidad anual de atención individual por parte de los profesionales. (Pr)</p> <p>Trabajadores comunitarios hicieron seguimiento y contención a pacientes durante pandemia Covid-19 (U)</p> <p>El CSMC aumenta su dotación de recursos humanos cuando se autorizan cargos de expansión (Pr)</p> <p>Organizaciones sociales realizan acciones conjuntas de prevención con los CSMC (U)</p>	<p>Se activa una respuesta del centro concentrada en la atención individual. (Pr)</p> <p>Gestión de agendas introduciendo sobrecupos para mitigar el efecto de la pérdida de horas agendadas porque las personas usuarias no se presentan. (Pr)</p> <p>Intervenciones comunitarias se realizan dependiendo de la voluntad política de turno. (U)</p> <p>Baja participación asociativa vinculada a intervenciones de promoción y prevención, y baja participación de las familias en los tratamientos (Pr)</p> <p>Heterogéneos sistemas de información para respaldar el financiamiento de la producción (Pr, Pg)</p> <p>Los CSMC proveen de forma heterogéneo las intervenciones comunitarias que no son consultas individuales de acuerdo con el grado de riesgo del costo que están dispuestos a asumir los administradores (Pr, Pg)</p> <p>Heterogéneas formas de organización de las metas de producción o de responsabilidad frente a una población asignada con los presupuestos</p>	<p>Cuando el CSMC está anidado en un hospital se han mantenido los procesos administrativos de la atención de los usuarios en el hospital, lo que implica mayor gasto por traslado y tiempo dedicado de la persona usuaria. (Pr)</p> <p>Ingreso al CSMC exclusivamente por derivación se ha burocratizado en vez de representar una priorización. (U)</p> <p>CSMC anidados en hospital no implementan farmacia propia en donde los usuarios puedan retirar los medicamentos indicados y que están garantizadas en el tratamiento (Pr)</p> <p>Selección de registro de diagnósticos que se pagan (Pr)</p> <p>Si la consultoría no la hace un psiquiatra no la pagan. (Pr)</p> <p>Prestaciones a través del sistema de Compras Públicas. (Pg)</p> <p>Compra de servicios de horas médicas por subtítulo 22 (Pg)</p>

<p>Organizaciones sociales desarrollan proyectos autónomos de apoyo a las condiciones de atención de los CSMC. (U)</p> <p>Se otorga importancia al rol de los SOME (Pr)</p> <p>Habilitación de espacios dentro del CSMC fortaleciendo la autonomía de las organizaciones (U)</p> <p>Incorporación de salud mental en los Comités de Farmacia para disponibilidad de psicofármacos no contemplados en arsenal farmacológico (Pr)</p>	<p>disponibles, debido a que no existe un presupuesto o línea de financiamiento específica para los CSMC. (Pg)</p> <p>Aumento de recursos humanos depende de la voluntad política municipal (U)</p> <p>El CSMC aumenta su dotación de recursos humanos contratando a honorarios asociados a convenios con el intersector (Pr)</p> <p>Heterogeneidad en las formas de contrato del recurso humano en los CSMC (Pg)</p> <p>Organizaciones sociales demandan recursos a las autoridades locales, pero la asignación es discrecional por la autoridad municipal de turno. (U)</p> <p>El pagador observa poca claridad respecto de la planificación de la implementación de CSMC (Pg)</p> <p>Programación anual de actividades centrada en las consultas (Pr)</p> <p>Incorporación de salud mental en los sistemas de información de la red asistencial para respaldar control financiero (Pg)</p> <p>Los co-pagos de Fonasa no se ejecutan en la práctica (Pr)</p> <p>Esfuerzo por adquirir materiales para talleres, emergen las “cajas chicas”. (Pr)</p>	
---	--	--

	<p>Contratación de recurso humano que permita el mecanismo de pago "a toda costa". (Pr)</p> <p>Elaboración de un presupuesto anual sin sentido ni correspondencia con las transferencias efectivas. (Pr)</p>	
--	--	--

Tabla 42. Creencias y juicios valóricos colectivos activados a partir de las relaciones entre los componentes del sistema.  
(Experto usuario=U; Experto proveedor=Pr; Experto pagador=Pg)

Favorables para el modelo comunitario	Que mantienen todo igual	Que representan un retroceso para el modelo comunitario
Juicio de que los trabajadores comunitarios son quienes mantienen el vínculo con las personas usuarias en su comunidad (U)	Juicio acerca de que los CSMC no han asumido que las necesidades de atención implican intervenciones más allá del box (Pr)	Juicio de que los CSMC permiten el acceso de las personas independientemente que se financie (Pr)
Juicio de que se logra un vínculo del CSMC con su comunidad cuando el personal adecúa sus actividades de acuerdo con las necesidades relevantes de las personas usuarias (U)	Creencia de que los trastornos mentales se perciben como menos visibles que otros problemas de salud (Pr)	Creencia que el incentivo financiero a la participación comunitaria no le conviene al pagador (Pr)
Juicio de que los procesos genuinos de selección del personal es lo que permite contar con equipos comprometidos y preparados (Pr)	Creencia que los CSMC funcionan exclusivamente gracias al compromiso del personal que trabaja en ellos (Pr)	Juicio que el pagador quiere financiar conscientemente un modelo medicalizado (Pr)
Juicio de que habrá un sistema de financiamiento de la salud mental cuando sea prioridad política de un gobierno (Pg)	Creencia que el logro de los incentivos financieros para el trabajo multiprofesional y comunitario está determinado por el nivel de poder de cada profesional del equipo (Pr)	Juicio que el pagador destina más recursos a las intervenciones en virtud de la complejidad tecnológica en desmedro de la densidad del recurso humano (Pg)

<p>Juicio de que la autonomía de los CSMC permitiría un mejor funcionamiento (U, Pr)</p>	<p>Juicio de que el personal clínico del CSMC es quien determina el tipo de tratamiento, no lo hacen las personas usuarias ni el tipo de financiamiento (Pg)</p> <p>Juicio de que el CSMC es un híbrido administrativo que depende de las voluntades del pagador para que funcione (U)</p> <p>Juicio de que el pagador es el único que gana con los actuales mecanismos de pago (Pr)</p> <p>Juicio de que el personal clínico es quien decide cuáles intervenciones realizará el CSMC de acuerdo con sus preferencias (Pg)</p> <p>Juicio de que el CSMC no tiene porqué hacer más de lo estrictamente financiado (Pr)</p> <p>Juicio de que los proveedores son inmaduros e incapaces de contener el gasto (Pg)</p>	<p>Creencia de que el médico psiquiatra sólo está capacitado para realizar el diagnóstico psiquiátrico y para prescribir medicamentos (Pr)</p> <p>Juicio de que la actividad clínica se está convirtiendo en un proceso ejecutivo indolente y poco efectivo (Pr)</p> <p>Juicio de que los recursos para salud mental en el intersector con falta de enfoque intersectorial generan precarización del trabajo (Pr)</p> <p>Juicio de que el pagador espera ahorrar delegando los costos de la atención a las personas usuarias (U)</p>
--	--	--

<p>Tabla 43. Definición de responsabilidades y el poder en la relación entre usuario, proveedor y pagador activadas a partir de las relaciones entre los componentes del sistema. (Experto usuario=U; Experto proveedor=Pr; Experto pagador=Pg)</p>		
<p>Favorables para el modelo comunitario</p>	<p>Que mantienen todo igual</p>	<p>Que representan un retroceso para el modelo comunitario</p>

<p>Los trabajadores comunitarios introducen relaciones de poder horizontal con las personas usuarias (U)</p> <p>El deber de los directores de CSMC es supervisar que se cumplan las tareas comprometidas por los profesionales de los centros (Pr)</p> <p>El trabajador comunitario asume la responsabilidad de conocer el territorio en donde se ubica el CSMC (U)</p> <p>El proveedor debe incorporar expertos por experiencia como responsables de asesorar las prácticas de los CSMC amparado en la Ley 21331 (U)</p> <p>Los trabajadores comunitarios tienen el deber de formarse como tales (U)</p>	<p>Las organizaciones usuarias asumen la responsabilidad de conseguir fondos para contar con servicios que corresponden al CSMC (U)</p> <p>Responsabilidad sobre el gasto en medicamentos es del médico respaldando en evidencia (Pr)</p> <p>Los profesionales responden a las contingencias, pero asumen más responsabilidad haciéndose cargo de las deficiencias del pagador (Pr)</p> <p>La responsabilidad de los CSMC de acompañar con intervenciones de gestión de caso indirectas a las intervenciones directas no se captura en los sistemas de información que respaldan el financiamiento (Pr)</p> <p>Responsabilidad sobre el gasto en medicamentos es del médico respaldando en evidencia (Pr)</p> <p>Los profesionales responden a las contingencias, pero asumen más responsabilidad haciéndose cargo de las deficiencias del pagador (Pr)</p> <p>La responsabilidad de los CSMC de acompañar con intervenciones de gestión de caso indirectas a las intervenciones directas no se captura en los sistemas de información que respaldan el financiamiento (Pr)</p> <p>Los CSMC han tenido la responsabilidad de asumir el riesgo de un mayor gasto debido a que el pagador no ha asumido su responsabilidad de responder a la mayor demanda de atención (Pr)</p>	<p>Las canastas de prestaciones que ha construido el pagador han carecido de la responsabilidad de expertos y recomendaciones basadas en evidencia (Pg)</p> <p>La definición y nombre del rol de los trabajadores comunitarios ha carecido de la participación de expertos trabajadores comunitarios en esa responsabilidad (U)</p> <p>No se ha desarrollado la responsabilidad de una gobernanza del sistema de financiamiento de los CSMC (Pg)</p>
---	---	--

	<p>En la actual institucionalidad falta definir un responsable de la elaboración del “plan de salud” que se debe cubrir financieramente (Pg)</p> <p>El pagador no ha asumido la responsabilidad de definir políticamente qué es lo que está dispuesto a financiar (Pg)</p> <p>Se otorga al psiquiatra el poder de “especialista” (Pr)</p> <p>La incorporación de trabajadores comunitarios devela las relaciones de poder jerárquicas con los profesionales de los equipos y de éstos con las personas usuarias (U)</p> <p>El propio proveedor ha asumido la responsabilidad de autorregular la atención (Pr)</p> <p>El pagador mantiene la responsabilidad de autorizar la dotación de cargos del recurso humano (Pr)</p> <p>Existe heterogeneidad en la asignación de responsabilidades del CSMC respecto del manejo de los recursos (Pr)</p> <p>La forma de administración de los CSMC los mantiene sin poder en la toma de decisiones sobre los recursos (Pr)</p> <p>El CSMC otorga intervenciones sin la responsabilidad sobre su financiamiento (Pr)</p>	
--	--	--



	<p>La falta de autonomía y poder de los CSMC les obliga a negociar permanentemente para acceder a recursos para el trabajo comunitario (Pr)</p> <p>Los referentes técnicos de los Servicios de Salud no tienen real poder en la toma de decisiones sobre los recursos para los CSMC (Pg)</p>	
--	--	--

<p>Tabla 44. Razones que fundamentan el resguardo de los intereses individuales activadas a partir de las relaciones entre los componentes del sistema. (Experto usuario=U; Experto proveedor=Pr; Experto pagador=Pg)</p>		
Favorables para el modelo comunitario	Que mantienen todo igual	Que representan un retroceso para el modelo comunitario
<p>La experiencia personal de tener un familiar diagnosticado con un trastorno mental es la razón por la cual se desempeña como trabajador comunitario involucrando a las familias (U)</p> <p>La formación como trabajador comunitario abre la posibilidad de tener un trabajo, y de volver a sentir, a tener esperanza, a ser feliz (U)</p>	<p>La necesidad de evitar una crisis a causa de la discontinuidad del tratamiento farmacológico es la razón por la cual reclama los medicamentos cuando no están disponibles (U)</p> <p>La falta de unidades administrativas y autonomía del CSMC es la razón por la cual su director no puede ser más eficiente (Pr)</p> <p>La falta de dotación de cargos para el CSMC es la razón por la cual su director usa otros medios más precarios para contratar personal (Pr)</p> <p>La falta de formación universitaria es la razón por la cual el director del CSMC debe aprender su rol en la práctica del cargo (Pr)</p>	<p>La motivación por realizar los tratamientos farmacológicos indicados por el psiquiatra con medicamentos que no están contemplados en el GES es la razón por la cual hay que comprarlos "rebuscándosela" (U)</p>

### **VARIABLES QUE ASOCIAN EL MECANISMO DE PAGO CON EL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LOS CSMC.**

Se identifican 23 variables de contexto (Tabla 45). Estas variables se refieren condiciones relacionadas a los mecanismos de pago que no son exclusivas de los CSMC, sino que están presentes para todo el sistema de salud.

Algunas de estas variables son propias de la población sujeto de atención. El nivel de ingresos y capacidad de pago de las personas, las características sociales de los procesos de migración, la distancia entre el lugar en el que viven las personas y las instalaciones de salud que se constituyen en barreras de acceso geográfico, y el envejecimiento poblacional, son variables que se asocian a la presencia diferencial de necesidades provenientes de la determinación social de la salud mental que pueden o no ser acogidos por los mecanismos de pago. La prevalencia de trastornos mentales en el territorio asignado a las instalaciones de salud, así como el nivel de daño o complejidad de la condición, son variables que se asocian a la intensidad del uso de recursos para los tratamientos, que los mecanismos de pago pueden o no reflejar, la definición de coberturas, así como la consideración de riesgos.

Otras variables se refieren a la situación contractual del recurso humano en los servicios de salud. El nivel de remuneraciones en referencia al mercado laboral, las leyes específicas que regulan las condiciones contractuales, el nivel de competencias o especialización del recurso humano, y el nivel de estabilidad de los cargos de las jefaturas, aparecen asociadas a las reglas mediante las cuales se establece la valorización de los mecanismos de pago, su mayor o menor orientación hacia el pago por productividad, y su definición de servicios e intervenciones cubiertas.

Se identifican variables consideradas condiciones difíciles de trabajo en el territorio en donde se ubica la instalación de salud. El contexto de seguridad (violencia social), riesgo social (nivel educacional), riesgo económico (pobreza), también se asocian a la presencia diferencial de necesidades provenientes de la determinación social de la salud mental. También se considera aquí las condiciones físicas de las instalaciones de salud y los costos de mantención. Las contingencias o emergencias sanitarias que profundizan estas condiciones

(desastres naturales, epidemias, pandemias) también se consideran variables de condiciones difíciles de trabajo. Estas variables se asocian a la capacidad de adaptación de los mecanismos de pago, a la consideración de los riesgos y a la intensidad de uso de recursos.

También se identifican variables referidas a la definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador. Una de ellas es la calidad de la relación que sostienen las organizaciones de la sociedad civil con los proveedores y el pagador orientada hacia la instrumentalización o a ser vinculante, que se asocia con la capacidad de influir en la definición de la cobertura de la población objetivo y el alcance de las intervenciones que incorpora el mecanismo de pago. Otra variable de este tipo es el nivel de delimitación y claridad del rol y funciones entre pagador y proveedor, en particular cuando ambos son del ecosistema público de atención, que se asocia a las formas en que, a través del mecanismo de pago, se prioriza la respuesta a las necesidades de la población.

Otro tipo de variables se refieren a los marcos de las políticas que delimitan los alcances de los mecanismos de pago en el sistema de salud. Esto es la existencia y características de una política de financiamiento, la calidad de los sistemas de rendición de cuentas, la calidad y efectividad de los sistemas de información sobre la productividad del sistema de salud, la existencia y características de un plan de salud para los beneficiarios del seguro público o de tipo universal, y la orientación de las políticas nacionales de salud mental.

Por último, emergen variables de la cultura organizacional del sistema de salud que se asocian a limitaciones subjetivas poco explícitas en los procesos de diseño de los mecanismos de pago y en los procesos de implementación de éstos en los contextos reales. Estas variables se refieren a la desinformación, estigma, prejuicio y discriminación sobre los trastornos mentales. También se refiere a las cosmovisiones sobre la salud y la salud mental. Finalmente, a los significados sobre los alcances de “lo comunitario” y la “participación” en la sociedad actual, y en el sector salud.

Tabla 45. Variables de contexto que asocian al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC.	
Variables de las personas usuarias asignadas como población beneficiaria del CSMC.	1. Nivel de ingresos y capacidad de pago de las personas.
	2. Características sociales de la migración.
	3. Barreras de acceso geográficas.
	4. Envejecimiento poblacional.
Variables del perfil epidemiológico de las personas usuarias asignadas como población beneficiaria.	5. Prevalencia de los trastornos mentales en el territorio asignado al CSMC.
	6. Nivel de daño o complejidad del trastorno mental.
Variables de la situación contractual del recurso humano.	7. Nivel de remuneraciones del recurso humano en referencia al mercado laboral.
	8. Leyes específicas sobre la regulación contractual del recurso humano en salud.
	9. Nivel de competencias y especialización del recurso humano.
	10. Nivel de estabilidad de los cargos de las jefaturas superiores designadas políticamente.
Variables de contexto difícil.	11. Contexto social, económico y de seguridad del territorio en donde se ubican las instalaciones del CSMC.
	12. Calidad de las instalaciones del CSMC y los costos para la mantención adecuada de las instalaciones.
	13. Situaciones de emergencia sanitaria.
Variables de definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador.	14. Relación de poder entre el pagador y el proveedor con las organizaciones de la sociedad civil y de usuarios del sistema de salud (instrumental; vinculante).
	15. Nivel de delimitación y claridad del rol y función entre pagador y proveedor en el sistema de salud.
Variables de las políticas de salud existentes.	16. Política de financiamiento del sistema de salud.
	17. Sistema de rendición de cuentas del sector salud.
	18. Calidad y efectividad del sistema de información sobre la productividad del sistema de salud.
	19. Estructura, componentes y coberturas del plan de salud.
	20. Objetivos y modelos de atención definidos en el plan nacional de salud mental.
Variables de la cultura organizacional del sistema de salud.	21. Desinformación, estigma, prejuicio y discriminación sobre los trastornos mentales.
	22. Cosmovisiones sobre la salud y la salud mental.
	23. Significados y cosmovisión sobre “lo comunitario” y “la participación”

Se identifican 23 variables que asocian al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC a través de sus prácticas, recursos y procesos institucionales (Tabla 46).

Algunas de estas variables se refieren a la definición del alcance de los servicios que ofrece el CSMC. La definición de su población objetivo, la definición y estandarización del tipo de servicios que ofrece, la definición de mezcla de

intervenciones (individuales, grupales, dentro y fuera de las instalaciones), se asocian a la definición de unidad de pago y los riesgos disponibles a asumir a través del mecanismo de pago.

Otras variables se asocian a la incorporación explícita de ciertas prácticas consensuadas como identitarias del modelo comunitario. La incorporación de cuidados compartidos con otra institución de salud mental o con organismos del intersector, la consultoría de salud mental en equipo, la visita domiciliaria, la promoción y prevención en instancias en la comunidad, las acciones conjuntas con organizaciones de usuarios y de la sociedad civil, y la participación usuaria en su plan de tratamiento que incluye la incorporación de grupos de autoayuda. Estas variables se asocian con la priorización de intervenciones y la definición de la unidad de pago que conforma un mecanismo de pago.

Se identifican variables que apuntan a considerar los procesos de apoyo clínico y administrativo que dan soporte a la atención. El horario de funcionamiento, la definición del arsenal farmacológico disponible, la incorporación explícita de actividades de gestión clínica y de apoyo clínico, la calidad y adecuación del sistema de registro de la información para reportar y evaluar la capacidad productiva, el tipo de dependencia administrativa del CSMC, y el nivel de adecuación de los procedimientos de apoyo administrativo asociado a la atención. Son variables asociadas a la valorización, la unidad de pago y la implementación de los mecanismos de pago.

Otras variables se refieren a la situación contractual del recurso humano. Estas son la calidad del contrato y las reglas de rendimiento de las actividades para cada integrante del equipo. Estas se asocian a la valorización del mecanismo de pago y a su unidad de pago.

Emergen variables relativas a la participación de los sujetos de atención del CSMC. El nivel de incorporación de trabajadores pares en el equipo, y la definición del tipo de relación del CSMC con las organizaciones de usuarios y de la sociedad civil en el territorio asignado, se asocian con la priorización de intervenciones, la valorización del mecanismo de pago y su unidad de pago.

Por último, se identifican variables relativas a los procesos de asignación presupuestaria. La identificación explícita del presupuesto asignado al CSMC en

los sistemas presupuestarios del sector salud, la adaptabilidad del mecanismo de pago para incorporar avances y experiencias locales, y la capacidad de apoyos económicos complementarios para las personas usuarias en especial para transporte, se asocian a la valorización del mecanismo de pago, su unidad de pago y los riesgos.

Tabla 46. Variables que asocian al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC a través de sus prácticas, recursos y procesos institucionales.	
Definición del alcance de los servicios que el CSMC ofrece.	1. Definición de la población objetivo del CSMC.
	2. Definición y estandarización del tipo de servicios que oferta el CSMC.
	3. Definición de la mezcla de intervenciones individuales y grupales, dentro y fuera de las instalaciones del CSMC.
Incorporación explícita de ciertas prácticas consensuadas como identitarias del modelo comunitario.	4. Cuidados compartidos con otra institución de salud mental.
	5. Plan y seguimiento de cuidados compartidos con organismos del intersector.
	6. Consultoría de salud mental a cargo de un equipo.
	7. Visita domiciliaria.
	8. Promoción y prevención en instancias de la comunidad.
	9. Acciones conjuntas con organizaciones de usuarios y de la sociedad civil.
	10. Participación de la persona usuaria en su plan terapéutico.
Consideración de procesos de apoyo clínico y administrativo que dan soporte a la atención.	11. Horario de funcionamiento del CSMC.
	12. Definición de arsenal farmacológico disponible en el CSMC.
	13. Incorporación explícita de actividades de gestión clínica y de apoyo clínico.
	14. Calidad y adecuación del sistema de registro de la información para reportar y evaluar la capacidad productiva del CSMC.
	15. Tipo de dependencia administrativa del CSMC.
	16. Nivel de adecuación de los procedimientos de apoyo administrativo asociados a la atención.
Situación contractual del recurso humano.	17. Calidad contractual de los recursos humanos del CSMC.
	18. Definición de los rendimientos de la actividad del recurso humano del CSMC.
Participación de los sujetos de la atención.	19. Nivel de incorporación de trabajadores pares en el equipo del CSMC.
	20. Definición del tipo de relación del CSMC con organizaciones de usuarios y de la sociedad civil del territorio asignado.
Procesos de asignación presupuestaria.	21. Identificación explícita del presupuesto asignado al CSMC en los sistemas presupuestarios del sector salud.
	22. Adaptabilidad del mecanismo de pago para incorporar avances y experiencias locales.
	23. Capacidad de apoyos económicos complementarios a las personas usuarias, en especial para transporte para asistir a tratamiento en el CSMC.

Se identifican 10 variables que asocian al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC a través de creencias y juicios valóricos colectivos (Tabla 47). Estas variables se refieren a la identidad del CSMC, del pagador y de los tomadores de decisión políticos. Respecto de la identidad de los CSMC, las variables son el nivel de motivación y compromiso del recurso humanos, los juicios sobre la capacidad de trabajo multiprofesional, sobre los procesos de selección y reclutamiento del recurso humano, sobre la capacidad y competencia técnica y el nivel de responsabilidad frente a los recursos disponibles, se asocian con la implementación de los mecanismos de pago. Respecto de la identidad del pagador, los juicios sobre preferencias de modelos de atención a financiar, sobre el rol que asigna a las organizaciones de usuarios y de la sociedad civil, y del nivel de riesgo que el pagador está disponible para asumir, se asocian con la definición de prioridades a cubrir por el mecanismo de pago, la implementación y el riesgo. Por último, respecto la identidad del tomador de decisión político, el grado en que la salud mental es prioridad política se asocia con los alcances de los presupuestos prospectivamente disponibles y los riesgos.

Tabla 47. Variables que asocian al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC a través de las creencias y juicios valóricos colectivos.	
Identidad del CSMC	1. Nivel de motivación y compromiso del recurso humano.
	2. Juicios sobre la capacidad de trabajo multiprofesional.
	3. Juicio sobre proceso de selección y reclutamiento del recurso humano.
	4. Juicios sobre la capacidad y competencia técnica.
	5. Nivel de responsabilidad esperada frente a los recursos disponibles.
	6. Nivel de riesgo disponible para asumir.
Identidad del pagador	7. Juicio sobre preferencias de modelos de atención a financiar.
	8. Juicio sobre rol que asigna a las organizaciones de usuarios y de la sociedad civil.
	9. Nivel de riesgo disponible para asumir.
Identidad del tomador de decisión políticos.	10. Grado en que salud mental es prioridad política.

Se identifican 17 variables (Tabla 48) que asocian al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC a través de la definición de las relaciones de responsabilidad y poder entre usuario, proveedor y pagador.

Entre ellas emergen variables referidas a los límites y alcances de las responsabilidades asignadas, las que se asocian al diseño global y la implementación de los mecanismos de pago. Límites y alcances de las responsabilidades asignadas a las organizaciones de usuarios y la sociedad civil para realizar intervenciones; a los integrantes del equipo de CSMC para decidir sobre las intervenciones que realiza; a los integrantes del equipo del CSMC para velar por la formación de trabajadores pares, definición de su rol y asignación de funciones; al equipo médico del CSMC para decidir la conformación del arsenal farmacológico; entre pagador y CSMC para estimar la demanda de atención definiendo la población objetivo; sobre quien define la estructura y funcionalidad del sistema de información; sobre cómo se define el plan de salud que otorga en CSMC; sobre la definición de quien establece el estándar de dotación de recurso humano del CSMC; y sobre las responsabilidades administrativas del director de CSMC.

Emergen variables referidas a la definición de límites y alcances de las facultades y atribuciones jerárquicas que se otorgan a los integrantes del equipo, que se asocian a la implementación del mecanismo de pago y los riesgos. El grado en que los trabajadores pares integran los equipos del CSMC en una relación no jerarquizada con el equipo de profesionales y técnicos; el grado en que el CSMC implementa mecanismos de supervisión del cumplimiento de las actividades comprometidas; y el grado en que se establecen mecanismos de supervisión de los actos administrativos asociados al uso de recursos.

Por último, se identifican variables relativas a definiciones de relaciones de poder, que también se asocian a la implementación de los mecanismos de pago y los riesgos. El grado en que el CSMC conoce y se involucra en el territorio asignado; el nivel de incorporación de expertos usuarios en la gestión del CSMC; el grado en que la relación de las organizaciones de usuarios y la sociedad civil es vinculante con el CSMC; el grado de autonomía técnico-administrativa del



CSMC; y la definición de roles en la gobernanza de la implementación de un sistema de financiamiento para los CSMC.

Tabla 48. Variables que asocian al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC a través de la definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador.	
Límites y alcances de responsabilidades asignadas	1.A las organizaciones de usuarios y la sociedad civil para realizar intervenciones.
	2.A los integrantes del equipo del CSMC para decidir sobre las intervenciones que realiza.
	3.A los integrantes del equipo del CSMC para velar por la formación de trabajadores pares, definición de su rol y asignación de funciones.
	4.Al equipo médico del CSMC para decidir la conformación del arsenal farmacológico.
	5.Entre pagador y CSMC para estimar la demanda de atención definiendo la población objetivo.
	6.Sobre quien define la estructura y funcionalidad del sistema de información.
	7.Sobre cómo se define el plan de salud que otorga en CSMC.
	8.En la definición de quien establece el estándar de dotación de recurso humano del CSMC.
	9.Sobre las responsabilidades administrativas del director de CSMC.
Límites y alcances de facultades y atribuciones jerárquicas.	10.Grado en que los trabajadores pares integran los equipos del CSMC en una relación no jerarquizada con el equipo de profesionales y técnicos.
	11.Grado en que el CSMC implementa mecanismos de supervisión del cumplimiento de las actividades comprometidas.
	12.Grado en que se establecen mecanismos de supervisión de los actos administrativos asociados al uso de recursos.
Definición de relaciones de poder	13.Grado en que el CSMC conoce y se involucra en el territorio asignado.
	14.Nivel de incorporación de expertos usuarios en la gestión del CSMC.
	15.Grado en que la relación de las organizaciones de usuarios y de la sociedad civil con el CSMC y con el pagador es vinculante.
	16.Grado de autonomía técnico-administrativa del CSMC.
	17.Definición de roles en la gobernanza de la implementación de un sistema de financiamiento para los CSMC.

En resumen, emergen 73 variables que asocian al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC, las que fueron organizadas en cuatro dimensiones. Estas dimensiones a su vez se organizaron en tipos de variables de acuerdo con alguna característica o atributo de la dimensión. La dimensión de contexto contiene 7 tipos de variables que dan cuenta de 23 variables. La dimensión de prácticas, recursos y procesos institucionales contiene 6 tipos de variables que dan cuenta de 23 variables. La dimensión de

creencias y juicios valóricos colectivos contiene 3 tipos de variables que dan cuenta de 10 variables. La dimensión de definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador contiene 3 tipos de variables que dan cuenta de 17 variables. Las variables son expresadas fenomenológicamente, por tanto, aquí no se expresa orden de magnitud o importancia en su efecto en las relaciones que activan asociando al mecanismo de pago con el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC.

## **MECANISMOS DE PAGO A FAVOR DEL MODELO COMUNITARIO EN LOS CSMC.**

El CSMC en Chile es un tipo de servicio de atención de salud mental de nivel secundario (ambulatorio especializado), que de acuerdo con la política nacional de salud mental corresponde al “núcleo descentralizado de la atención especializada, más cercano a la gente, integrado con las organizaciones locales y redes comunitarias con mayor conocimiento de la realidad local y con la flexibilidad para adaptarse a estas realidades”. Para su financiamiento, expertos pagador, proveedor y usuario reconocen siete mecanismos de pago, implementados heterogéneamente en los centros. Al analizarlos se advierte que estos mecanismos en la práctica responden a sólo tres esquemas, de los cuales sólo dos dan soporte financiero a este tipo de servicio. Los tres esquemas se supeditan a un mecanismo fijo dado que los presupuestos públicos con los que se financian tienen un límite predefinido y también responden a un mecanismo prospectivo pues tanto las tarifas como los límites del presupuesto son establecidos exantes. Los tres esquemas se diferencian en la unidad de pago. En el primero de ellos se hace referencia al pago por el período de un año mediante un presupuesto que no está asociado a producción. Éste aparece vinculado a otorgar respaldo financiero a una planilla de sueldos autorizada. El segundo mecanismo es el pago por un paquete de prestaciones asociado a un diagnóstico o condición por persona. En este segundo mecanismo se reconocen los pagos por GES, PPV y convenios del intersector. Por último, existe un tercer mecanismo poco significativo en frecuencia y magnitud de los fondos, relativo a proyectos concursables para organizaciones comunitarias.

Desde una perspectiva sistémica para orientar a los mecanismos de pago a los CSMC hacia el modelo de salud mental comunitaria, es importante identificar y describir las relaciones entre los elementos constitutivos del CSMC para cada uno de sus componentes, vale decir, las personas usuarias, la provisión, los recursos humanos, los medicamentos y tecnologías, la gobernanza, los sistemas de información y la financiación. Los mecanismos de pago que han operado logran afectar cada uno de los componentes, dando cuenta de su característica como intervención a nivel de sistema (Anexo 3). Esta condición permite comprender mejor cómo las relaciones entre los componentes pueden ser incentivados a través de un mecanismo de pago que implemente el modelo de salud mental comunitaria en Chile.

#### **Incentivos para cada componente del sistema.**

En relación con el componente de **Personas Usuarias** el modelo de salud mental comunitaria espera que un mecanismo de pago sea concordante con incentivar la adherencia a los tratamientos, al mismo tiempo que la participación de las personas y sus familias en los procesos de recuperación integral.

Se observan condiciones del contexto que tensionan al mecanismo de pago para lograr alinearse con estos incentivos. La determinación social de las enfermedades mentales, particularmente frente a escenarios de privación social, económica, nutricional, entre otras, tensiona la posibilidad de cubrir tratamientos integrales efectivos. Esto implica considerar que los esquemas de pago necesitan incorporar factores de riesgo financieros diferenciados para necesidades diferenciadas de la población. El costo de la vida para muchas personas hace imposible el gasto de bolsillo para la atención de salud mental en el CSMC, en especial para poder costear medicamentos no cubiertos en los esquemas de pago, así como para el transporte para asistir a tratamiento cuando las personas viven alejadas de las instalaciones del centro. Cuando el mecanismo de pago no considera el subsidio al transporte de la persona usuaria, se convierte en barrera geográfica para el acceso a atención causando el abandono de los tratamientos o tratamientos parciales. También se observan condiciones de las prácticas institucionales de los CSMC relevantes como

incentivo a la adherencia y la participación al tratamiento que se asocian a que el mecanismo de pago las contemple. Una de ellas es el horario de apertura de los centros, lo cual favorece el acceso de personas que trabajan. Por otra parte, pareciera que la forma en que el esquema de pago puede alinearse con esos incentivos es solamente si incorpora explícitamente los apoyos económicos complementarios para subsidiar transporte de las personas, las intervenciones con la familia de la persona usuaria, y las intervenciones de promoción y prevención con grupos de la comunidad.

En relación con el componente de **Provisión** el modelo de salud mental comunitaria espera que un mecanismo de pago sea concordante con incentivar que el CSMC otorgue una variedad amplia de actividades para todos los trastornos mentales y factores de riesgo psicosocial; que otorgue una mezcla de atención individual, grupal, dentro y fuera de las instalaciones, en el territorio asignado e intervenciones intersectoriales; que las intervenciones estén orientadas hacia la recuperación integral, la resolutiveidad y evitar la cronicidad; que las intervenciones estén basadas en evidencia; y que los servicios articulen cuidados compartidos y continuidad de la atención con otros niveles de atención.

Para que el mecanismo de pago sea concordante con otorgar una variedad amplia para todos los trastornos mentales y factores de riesgo psicosocial, se observan elementos de contexto que determinarán la capacidad y límites que tendrá dicho mecanismo. Si el presupuesto gubernamental que financia los CSMC nace de un conjunto desarticulado de esquemas de pago implementadas heterogéneamente en los diversos centros, se incentiva una selección de ciertos diagnósticos que otorgan cierto rédito financiero, cuando ese diagnóstico es marcado o explícito en el mecanismo de pago, su arancel es mayor y las exigencias de cumplimiento de prestaciones se reducen a pocas intervenciones, por ejemplo, sólo la consulta médica o el retiro de fármacos. Por otra parte, la alta prevalencia de las enfermedades mentales tiende a causar alta demanda de atención. Si el límite presupuestario impide contar con capacidad para atenderla, se produce una demanda no satisfecha y probablemente el agravamiento de su condición en un subgrupo importante que espera atención. Se observa la percepción de que las personas usuarias de los CSMC tienen un mayor daño del esperado, causando mayor intensidad y uso de recursos para la atención, en

particular cuando se enfrentan a deprivación sociocultural, socioeconómica e inseguridad ciudadana de los territorios en los que se ubican las instalaciones de los CSMC, provocando escenarios de mayor riesgo para la atención. Al mismo tiempo afecta el aumento significativo de población migrante en riesgo social en algunas regiones, que se asocia con mayor demanda de atención de salud y salud mental que la habitual. El envejecimiento poblacional está afectando la estructura etaria de las personas usuarias, la población mayor tiene necesidades que son nuevas para los CSMC. Los esquemas de pago son tensionados pues requerirán explicitar los límites de cobertura de los trastornos mentales y factores de riesgo psicosocial, condicionada por los límites presupuestarios, explicitando niveles de complejidad de la condición de salud y de intensidad de recursos requeridos de acuerdo con un rango posible, en forma diferenciada.

Aunque la política de salud mental en Chile establece que se requiere un CSMC por cada 50 mil habitantes, al observar las prácticas, recursos y procesos de estos centros asociados a los mecanismos de pago que se han implementado, en 2020 se estima una tasa de 0.7 CSMC por 100,000 beneficiarios del seguro público (FONASA). El 86% de los Servicios de Salud cuentan con CSMC. Apenas el 25% de las comunas cuentan con CSMC, aunque esto se traduce en que existe un centro en el 77% de las comunas con más de 50 mil habitantes. En 17 CSMC seleccionados se estimó la tasa de ingresos al CSMC por cada 1000 beneficiarios del FONASA que varía incrementándose entre 3.6 y 8.2 en el período 2010-2018. En 2018 se estimó una proporción similar de mujeres y hombres, el 60% fueron adultos entre 20-64 años, 25% entre 10-19, 10% menores de 10 años y 6% mayores de 65 años. El 27% fue por motivo trastornos del humor, 20% trastornos de comienzo habitual en la infancia, 19% trastornos asociados al uso de drogas, 15% trastornos ansiosos, 10% violencia intrafamiliar, 2% esquizofrenia, y 2% demencias. En una selección de 24 CSMC se estimó una tasa promedio de población bajo control de 25 por 1000 beneficiarios del FONASA, entre 2010-2018. En 2018 el 56% eran mujeres. Se observa que en los CSMC se atienden todos los grupos etarios y muchos problemas de salud mental priorizados en los mecanismos de pago, aunque la limitación presupuestaria limita la capacidad de cobertura.

En la definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador, cuando la institucionalidad carece de un responsable de la elaboración de un plan de salud para salud mental se obstaculiza el incentivo del mecanismo de pago para cubrir todos los problemas de salud mental. El pagador no ha asumido la responsabilidad de definir políticamente qué es lo que está dispuesto a financiar. En este escenario es probable que se perciba que el pagador ha carecido del respaldo de expertos y recomendaciones desde la evidencia, desconfiando de los técnicos por el temor a que éstos recomienden prácticas de su preferencia por sobre la evidencia. La utilización de esquemas de pago basados en paquetes de servicios requiere definir responsabilidades, y los profesionales de la salud mental deberán participar en la construcción de esos esquemas.

Al observar las prácticas, recursos y procesos de los CSMC también se advierte que el incentivo del mecanismo de pago concordante con el desarrollo de una mezcla equilibrada de intervenciones individuales, grupales y comunitarias se asocia con la dependencia administrativa de los CSMC. En 2020, 43 CSMC dependían del Servicio de Salud (41%), 47 tenían dependencia municipal (45%) y 12 estaban administrativamente anidados en un hospital (11,5%). Hay dos CSMC que registran dependencia privada sin fines de lucro que es financiada con fondos públicos. Se observa heterogeneidad en la posibilidad de realizar intervenciones comunitarias además de las consultas individuales, dependiendo en parte de la dependencia administrativa de cada CSMC. Pareciera que aquellos dependientes de municipio tienen cierta mayor flexibilidad para incorporarlas. En cualquier caso, las intervenciones se realizan bajo el riesgo de asumir el costo por parte del proveedor dada la falta de cobertura financiera percibida en el mecanismo de pago. Las intervenciones comunitarias con las organizaciones territoriales y de usuarios es discrecional por parte de los CSMC, dado que estas acciones requieren una organización distinta del horario del recurso humano, fuera del horario diurno habitual de este tipo de proveedores ambulatorios, lo que implica un costo adicional y no están incentivadas las estrategias de participación desde lo financiero. En una selección de 48 CSMC se observó que entre 2010-2016 alrededor del 85% de las actividades eran prestaciones individuales realizadas dentro de las instalaciones del centro. Entre los años 2017 y 2018 fue 70%. Las prestaciones grupales dentro del centro

apenas representaron entre un 2% y 3% de las prestaciones. Las actividades grupales fuera del centro que hasta 2016 no superaban el 9% de las prestaciones, a partir del 2017 bordean el 25% del total. En 2018 se estimó una tasa de 6.4 prestaciones por persona bajo control, y 4.3 correspondió a prestaciones individuales en box. La realización de visitas domiciliarias se asocia con la posibilidad de contar con móvil para traslado a actividades en terreno, que resulta discrecional salvo que el presupuesto lo determine explícitamente.

En relación a que el esquema de pago sea concordante con el incentivo para las intervenciones orientadas a la recuperación integral, resolutivez y evitar la cronicidad, se debe considerar que cuando los mecanismos de pago exigen permanencia de los usuarios para acceder a los tratamientos, por ejemplo, acceso a cierto arsenal farmacológico, finalmente termina ocurriendo un proceso de cronificación en los CSMC, y entonces se observa que la tasa de egresos del CSMC es inferior a la tasa de ingresos. En 17 CSMC seleccionados se estimó que la diferencia entre la tasa de ingresos y egresos llegó a 5:1 en 2018. En 2019 la diferencia bajó a 4:1 pero fundamentalmente debido a la disminución de ingresos en el último trimestre asociado al “estallido social”.

Respecto de que las intervenciones que realice el CSMC sean basadas en evidencia, existen elementos de contexto que afectarán el proceso de diseño del mecanismo de pago. La diversidad geográfica y cultural implica considerar distintas cosmovisiones frente a la salud mental, lo que se observa en zonas rurales y en pueblos originarios. También implica considerar diversidad de significados de “lo comunitario” en las personas usuarias y también en los proveedores. Se plantea que una dificultad es el grado de formación universitaria sobre los propósitos, conceptos o instrumentos para el desempeño en el marco del modelo comunitario. Es un problema si los profesionales no se forman a favor de la salud mental comunitaria y la ciencia avanza en nuevas intervenciones en salud sin que necesariamente se estén revisando las bases valóricas del modelo de atención.

Con relación a incentivar servicios que articulan cuidados compartidos y continuidad de la atención con otros niveles del subsistema de salud mental, se observa que muchas veces el pagador desconoce que los trastornos mentales

requieren cuidados integrales. Cuando los casos son muy complejos se requiere atención compartida entre varios dispositivos de atención, de distintos niveles, y los mecanismos de pago han restringido esta posibilidad. En una selección de 48 CSMC se estimó que entre 2010-2019 las consultorías representaron una baja proporción, y fue disminuyendo en el curso de los años desde un 1,8% en 2010 hasta alcanzar un 0,3% de las prestaciones en 2019. Además, se describe que el pago de la consultoría de salud mental no puede estar restringida a que sea realizada por psiquiatra. También hay acciones que requieren ser explícitamente incorporados como la intervención en crisis o el seguimiento de los pacientes, pues en su defecto no son implementados. Por otra parte, se plantea que los mecanismos de pago se enfrentarán a contextos de contingencias que interrumpen esos procesos no teniendo claro si serán capaces de incorporar ese riesgo. El “estallido social” en 2019 y la pandemia COVID-19 son contextos de emergencia sanitaria, que causaron interrupción de la atención en los CSMC. En 17 CSMC seleccionados se estimó que la tasa de ingresos por 1000 beneficiarios decayó de 8.2 en 2018, a 7.2 en 2019 y 4.2 en 2020.

En relación con el componente de **Medicamentos y Tecnologías**, el modelo de salud mental comunitaria incentiva contar un arsenal psicofarmacológico esencial, y se espera que sean cubiertos por los esquemas de pago. El mecanismo de pago además necesitará considerar la regla de solución cuando es requerido un medicamento no contemplado en el arsenal, y la existencia de instancias de decisión técnica como los Comité de Farmacia posibilita la participación de psiquiatras de los CSMC para apoyar las decisiones. Por otra parte, en el contexto de pandemia se aceleró la incorporación de la atención remota usando tecnologías de las comunicaciones en los CSMC, tensionando a que los esquemas de pago cubran este tipo de atención. En el contexto de pandemia los profesionales incorporaron atención remota para mantener cierta continuidad de los tratamientos. Los trabajadores comunitarios incorporaron seguimiento telefónico para seguimiento y contención.

Respecto del componente de **Recursos Humanos**, el modelo de salud mental comunitaria espera que un mecanismo de pago sea concordante con incentivar que los equipos estén orientados hacia la realización de intervenciones



biopsicosociales; hacia la recuperación integral y autonomía de las personas; y hacia la realización de intervenciones territoriales. Se observan creencias y juicios valóricos, en orden a señalar que es la alta motivación y compromiso de quienes trabajan en los CSMC que permite que funcionen aun cuando existe restricciones presupuestarias y esquemas de pago que priorizan las consultas individuales. Esto sería desincentivado cuando hay precariedad o inseguridad en las condiciones laborales y limitación en las posibilidades de desarrollo profesional. Esto tendría como consecuencia un abandono de un enfoque integral en la orientación profesional, reemplazándolo por un enfoque clínico individual. Se observa el juicio de que el quehacer clínico se esté convirtiendo en un proceso ejecutivo pero indolente con las personas usuarias y poco efectivo, dados los esquemas de pago que priorizan la consulta individual. Sin embargo, esto también es interpretado con el juicio de que el personal clínico ha tenido la autonomía para decidir cómo hace sus intervenciones, y eso ha sido a partir de preferencias personales y no de un trabajo colectivo. Se producen polaridades como las creencias que los médicos psiquiatras sólo tienen capacidades para diagnosticar y prescribir medicamentos, en desmedro de procesos terapéuticos integrales, mientras que los trabajadores comunitarios son quienes mantienen el vínculo cercano con las personas usuarias en su comunidad. Cuando el personal adecúa sus actividades en sintonía con las principales necesidades de las personas usuarias entonces se establecería un mejor vínculo.

El modelo de salud mental comunitaria también espera que un mecanismo de pago sea concordante con incentivar que se conformen equipos multiprofesionales, incluyendo técnicos en rehabilitación psicosocial y drogodependencias. Se identifican elementos de contexto que determinan que este propósito sea más complejo de asumir por los esquemas de pago. El bajo nivel de remuneraciones del sistema de salud causa alta rotación del recurso humano. Se plantea que se han formado mercados especulativos de las remuneraciones de los médicos especialistas, que son una barrera para cerrar brecha de psiquiatras en el sistema público. La falta de claridad de la relación coherente entre las leyes vigentes sobre regulación contractual del recurso humano y los mecanismos de pago causan diferentes condiciones de estabilidad laboral causando también alta rotación del recurso humano.

Desde el punto de vista de las prácticas, recursos y procesos institucionales, cuando el CSMC es de administración municipal la voluntad política de la autoridad de turno puede apoyar financiando las contrataciones de profesionales requeridos. Los mecanismos asociados a convenios con el intersector activan la contratación en modalidad de honorarios, que es una modalidad laboral precaria para el personal e inestable para el CSMC. Se activa contratar más personal cuando vienen definidos formalmente los cargos desde el Ministerio de Salud pues vendría con respaldo presupuestario para pagar las remuneraciones, y no necesariamente como consecuencia del nivel de producción de cubren los mecanismos de pago. Se observa heterogeneidad en las formas de contratación de los CSMC, en particular por la diversidad de dependencia administrativa de estos centros. En el sistema de registro administrativo nacional de los CSMC se identifica la participación de un equipo multiprofesional. En una selección de 48 CSMC se estimó que más de la mitad de las actividades individuales son realizadas por psicólogo (66.7% de las prestaciones en 2010 hasta un 50% en 2020). Las prestaciones individuales realizadas por el trabajador/a social (control) han bordeado el 15% y 16%. Las prestaciones individuales realizadas por terapeuta ocupacional se mantuvieron creciendo desde un 9.3% en 2010 hasta un 12.9% en 2019. Las prestaciones individuales de enfermero/a oscilaron entre el 2.8% y el 4.4%. Los controles realizados por técnico/a de enfermería ha variado en el transcurso de los años alcanzando un máximo de 3.1% en 2011 hasta ninguna registrada en 2015. Para los años 2019 y 2020 se mantuvo en un 0.9% de las prestaciones individuales. En 2017 se incorporó al registro REM los controles del técnico en enfermería especialista en trastorno por uso de drogas, que desde ese momento ha bordeado el 8% del total de prestaciones individuales. Respecto de la psicoterapia familiar y grupal son realizadas sobre un 96% de las veces por el psicólogo/a. Se observan creencias y juicios valóricos en orden a que la contratación de personal se produce por la vía que sea una oportunidad sin ninguna orgánica, dada la heterogeneidad de los esquemas de pago. Cuando existe realmente la posibilidad de contar con procesos de selección del personal genuinos permite obtener equipos comprometidos y capaces de llevar adelante la misión de los CSMC. Sin embargo, ello no sería posible debido a las bajas remuneraciones ofrecidas o bien a la poca oferta de profesionales en el caso de los psiquiatras. Aunque el intersector asigne recursos

para salud mental mediante convenios, no hay un enfoque intersectorial dado que ellos entregan dinero sin responsabilidad administrativa sobre la contratación del personal generando precarización del trabajo. Existe la creencia que los incentivos financieros han limitado el trabajo multiprofesional y comunitario dado que han estado supeditados al mayor poder de los médicos y a la debilidad del poder de otros profesionales de la salud mental, poniendo el sello de la prioridad por la atención individual, aun cuando los registros muestran que hay una preponderancia de actividad realizada por psicólogos. Desde el punto de vista de la definición de responsabilidades, se observa que la responsabilidad de definir la dotación del personal ha estado en el pagador cuando se define por dotación máxima de cargos en un esquema de presupuesto global prospectivo que cubre una planilla de sueldos.

La incorporación de agentes comunitarios formados en salud mental, así como de trabajadores pares en particular para el tratamiento de personas con trastornos mentales severos o discapacidad psicosocial, es un factor clave que el modelo de salud mental comunitaria espera como incentivo de los esquemas de pago. En una selección de 48 CSMC se observó que en 2017 se incorporó el registro administrativo de las prestaciones individuales realizadas por “gestor comunitario”, siendo la proporción más baja de las realizadas por diversos integrantes del equipo, alcanzando en 2020 un 0.25% de las prestaciones individuales. Se plantea que se financian grupos de autoayuda conducidos por trabajadores comunitarios, aunque en forma heterogénea en los CSMC. Se reconoce la importancia de que los CSMC cuenten con trabajadores comunitarios, que demostraron su contribución en el seguimiento y contención de pacientes en tratamiento durante la pandemia Covid-19, cuando los servicios fueron interrumpidos. Desde el punto de vista de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador, se plantea la interrogante acerca de quién es el responsable de definir y nombrar el rol de los trabajadores comunitarios, pues los expertos usuarios que son también expertos trabajadores quieren tener responsabilidad en esa discusión. Se plantea que la incorporación de los trabajadores comunitarios tiene el potencial de introducir relaciones de poder horizontal con las personas usuarias, pues los trabajadores comunitarios asumen la responsabilidad de conocer el territorio de la población en donde se

ubica el CSMC. La incorporación de trabajadores comunitarios a develado las relaciones de poder jerárquicas con los profesionales del equipo.

Con relación al componente de **Gobernanza** el modelo de salud mental comunitaria espera que un mecanismo de pago sea concordante con incentivar la participación de las personas usuarias en el desarrollo del CSMC y en las decisiones que comprometen sus tratamientos.

Se identifican elementos de contexto que señalan que cuando existe una relación instrumental del proveedor y del pagador con las organizaciones de la sociedad civil, ello impide que éstas tengan el poder de influir realmente en la toma de decisiones sobre financiamiento en salud. Para lograr que ellas influyan, se plantea que deben sensibilizar a los gobiernos de turno sobre los problemas de salud mental. Esto estaría relacionado con el nivel de desconocimiento, estigma, prejuicio y discriminación de las personas usuarias, incluso dentro de la misma organización del sistema de salud. Esto se expresa en situaciones como cuando el FONASA ha constituido Consejos Regionales con participación de representantes de usuarios y la comunidad, pero la salud mental no ha sido priorizada o puesta en su agenda. O cuando las políticas de participación han impulsado la realización de cuentas públicas por parte de los diversos niveles de gestión del sistema de salud, sin embargo, en esas instancias no se ha transparentado el uso de recursos destinados a salud mental.

Desde el punto de vista de las prácticas, recursos y procesos institucionales, en una selección de 48 CSMC se estimó que alrededor del 2% de las actividades grupales se registraron como trabajo con organizaciones sociales de usuarios y familiares entre 2017-2020. La existencia de organizaciones sociales permitiría ciertos grados de articulación con los CSMC a favor de la salud mental, dado que está señalado en las políticas de salud mental, en particular en los documentos de modelo de gestión de los CSMC. Se activan acciones de demanda de recursos por parte de organizaciones de usuarios y familiares, evidenciando una asignación discrecional de la autoridad de turno a nivel municipal. Cuando las organizaciones sociales tienen personalidad jurídica se activan proyectos para mejorar las condiciones de atención dentro de los propios CSMC y están mejor preparadas para acceder a recursos asignados mediante

un mecanismo de pago de concurso de proyectos. Se reitera la dificultad para promover la participación social y comunitaria dado que no es priorizada en el financiamiento, lo que provoca que no respondan a las necesidades de la población en materia de acciones de promoción o prevención que suele ser requerido. Las organizaciones de la sociedad civil, en particular aquellas que agrupan a usuarios de servicios de salud mental y a familiares, pueden llegar a tener un rol activo para mejorar la implementación del modelo comunitario en los CSMC. Plantean que si esto no se acompaña de lógicas de financiación coherentes muchas veces la labor de las agrupaciones se vive con tensión con los propios centros. Se han interpretado las acciones como un activismo denunciante molesto para los CSMC o como instrumentalización de la participación para las agrupaciones.

Bajo una relación instrumentalizada de la participación de las organizaciones, se observa la creencia de que el pagador quiere ahorrar esperando que las comunidades tengan la iniciativa de hacer intervenciones para atender a las personas usuarias. La lógica de elaboración de los presupuestos carece de un enfoque de participación, por tanto, no lo promueve.

Desde el punto de vista de las relaciones, por tanto, el uso instrumental de las organizaciones de usuarios les niega la posibilidad de poder real, y no hay delegación real de poder en la realización de ciertas intervenciones de parte de los CSMC, aun cuando las organizaciones sociales han asumido la responsabilidad de conseguir fondos para contar con servicios que son propios de los CSMC a través de proyectos concursables. Al constatar la propuesta al proveedor de incorporar expertos por experiencia responsables de asesorar a los CSMC en virtud de la Ley 21331, se denota que ciertas normas legales se podrían asociar al otorgamiento de poder de decisión a las organizaciones de usuarios en la gobernanza de los CSMC y su sistema de financiación. Se plantea que el debilitamiento de las estrategias comunitarias y la concentración en los diagnósticos trajo consigo la mantención de lógicas de relación jerárquicas y de poder entre los equipos de salud y los usuarios. Los mecanismos de pago trajeron consigo la mantención de la subalternidad en la relación con los usuarios, afectando los procesos de recuperación.

También desde el punto de vista de la gobernanza, el modelo de salud mental comunitaria espera coherencia del mecanismo de pago con el incentivo de la gestión clínica, la rendición de cuentas como práctica sistemática, y la articulación con organizaciones e instituciones intersectoriales en el territorio asignado.

Respecto de la gestión clínica se asume que el financiamiento no ha considerado que es necesario realizar acciones de gestión clínica como parte de las intervenciones o planes de tratamiento, y tampoco esas actividades son registradas. Esto se refleja en situaciones como la heterogeneidad en la participación de psiquiatras en los comités de farmacia, siendo variable la responsabilidad del médico en el gasto que se realizará en medicamentos. Se espera que los profesionales tengan la responsabilidad de responder a las contingencias en conformidad con las competencias propias de la formación, aunque se cuestionan los límites de esa responsabilidad cuando las deficiencias son de la organización. También se señala que se otorga al médico psiquiatra el poder de “especialista” ubicándolo en una relación jerárquica. Los sistemas de información no reflejan la responsabilidad de los CSMC de acompañar con intervenciones de gestión de caso indirectas junto a las intervenciones directas con personas usuarias, siendo sólo esto último lo que se captura como información. El deber de los directivos de los CSMC es supervisar que se cumpla efectivamente las tareas comprometidas de los profesionales a su cargo, y implica controlar la productividad del rendimiento de los profesionales, lo que no siempre están disponibles a hacer.

Respecto de la rendición de cuentas como práctica sistemática, se plantean como elementos de contexto que existe mucha desinformación sobre la salud mental que dificulta la comprensión de la importancia de su financiamiento. La falta de una política clara de financiamiento de los CSMC favorece que el pagador no asuma alguna responsabilidad al respecto. En el sistema de salud hay frecuentes cambios en las jefaturas superiores careciendo el sistema del deber de hacer procesos de inducción sobre salud mental, que, junto con la variabilidad en la dependencia administrativa, generan discrecionalidad de las jefaturas frente a la rendición de cuentas. Existe un problema de roles en la definición de responsabilidades que le competen al pagador y al proveedor, que

no está claro. Emerge el juicio de que los tomadores de decisión se supeditan al juicio político sobre las urgencias en salud, relegando a la salud mental por un factor de prioridad política y no sanitaria. Se activa el juicio de que la salud mental tendrá un sistema de financiamiento cuando sea una prioridad política de un gobierno.

Con respecto a la articulación con organizaciones e instituciones intersectoriales en el territorio asignado, en una selección de 48 CSMC se estimó que el trabajo intersectorial fue la actividad más frecuentemente registrada entre las prestaciones grupales que se realizan fuera de las instalaciones del CSMC, alcanzando sobre el 90% en 2016, aunque disminuyó a cerca del 20% en 2018 cuando se incorporó la intervención psicosocial grupal como actividad más frecuente la cual está ambigüamente definida. Se plantea que los CSMC tienen una responsabilidad principal de conocer bien el territorio asignado, lo cual puede ser facilitado por los mecanismos de pago, al financiar explícitamente actividades territoriales y medios de transporte para el traslado seguro de los equipos.

Con relación al componente de **Sistemas de Información** el modelo de salud mental comunitaria espera que un mecanismo de pago sea concordante con incentivar la evaluación de procesos, evaluación de resultados, la retroalimentación al proveedor y a la comunidad, y concentra informaciones relevantes para los sistemas gubernamentales de información sanitaria. Esto será posible si se desarrollan sistemas de información robustos y confiables. Como elementos de contexto se plantea que las tecnologías de información en el sector salud han tenido una limitada efectividad, aun cuando el sector ha invertido en forma significativa en este componente, causando dificultades para evaluar y retroalimentar. Las bases de datos nacionales con datos administrativos del REM de los CSMC tienen importantes problemas de calidad de la información, algunos centros que son dependientes o anidados en un hospital general no están individualizados y se observa una importante incompletitud de los datos. Los registros sobre el tipo de prestaciones realizadas es lo que muestra mayor número de centros con datos entre 2010-2020, comparado con el registro sobre ingresos, egresos y población bajo control. Aunque en ningún año se dispone de la información del total de centros que

funcionaba para el año respectivo. Esto causa dificultades para evaluar y retroalimentar sobre los procesos y resultados de los CSMC.

Respecto de los procesos institucionales, se observa heterogeneidad en los procesos de información dado que estos no son propios de los CSMC, sino que se anidan en sistemas mayores con diverso grado de desarrollo en los Servicios de Salud. Los CSMC registran preponderantemente las consultas individuales pues es ello lo que los sistemas de información priorizan. Al referirse al SOME se plantea la importancia de acercarse a esas unidades estadísticas para que éstas comprendan la naturaleza de las actividades de los CSMC, capacitar a su personal y sea posible realizar actividades comunitarias. No han existido procesos de diseño e implementación de sistemas de información para la implementación del modelo comunitario en salud mental y no hay diálogo entre diversos sistemas informáticos que conviven en el sector salud.

Con relación al componente de **Financiamiento** el modelo de salud mental comunitaria espera que un mecanismo de pago sea concordante con incentivar el uso eficiente de recursos, la sustentabilidad del CSMC y mecanismos de pago alineados con los objetivos declarados en la política de salud mental.

Respecto del uso eficiente de recursos, el financiamiento parece entrelazarse con las posibilidades de inversión en infraestructura. Se señala que históricamente los CSMC se han habilitado en instalaciones que no han sido construidas especialmente para ello, muchas veces se arrienda, y ellas no cuentan con la autorización sanitaria formal. El gasto de mantención se convierte en relevante y aparece la expectativa que éste sea contenido por los esquemas de pago. Esto aparece como una relación iatrogénica para la eficiencia. Por otra parte, existen creencias y juicios valóricos respecto de la voluntad de los CSMC por ser eficientes. Se observa que la pandemia obligó a los CSMC a funcionar más ágilmente en la continuidad de las atenciones, por lo que se piensa que podrían ser más eficientes. Las personas estarán satisfechas con la atención si el centro funciona normalmente bien, no necesariamente de forma extraordinaria, teniendo acceso a especialista, continuidad del tratamiento, disponibilidad de medicamentos. Emerge el juicio de que la eficiencia está en manos del personal clínico, por la forma en que se desarrollan las intervenciones,



es decir, son ellos los que definen el tipo de tratamiento que realizan más que por las necesidades de las personas usuarias y que por el sistema de financiamiento, o que la disponibilidad de fármacos es un asunto derivado de la gestión local más que del sistema de financiamiento. Las redes de proveedores de tratamiento serían inmaduras y no se hacen responsables de los recursos, más bien sólo gastan, es una creencia sobre el rol menos preponderante del mecanismo de pago para introducir incentivos a la eficiencia. Sería la heterogeneidad en el tipo de conducción y liderazgo para la implementación de este tipo de centros lo que se asocia al incentivo a la eficiencia. Existe el juicio que la autonomía de los CSMC es lo que va a permitir su desarrollo y que funcionen mejor. En un contexto de restricciones se activa la idea de que el CSMC no tiene por qué hacer más de lo que recibe como financiamiento, sabiendo que esto último es inferior a lo que hoy producen estos centros. Los CSMC han tenido la responsabilidad de asumir el riesgo de un mayor gasto debido a que el pagador no ha asumido su responsabilidad de responder a la mayor demanda de atención de la población, que los centros reclaman que ellos se ven obligados a atender. El pagador ha tenido poca claridad de qué es lo que hay que financiar en los CSMC pues las señales son que los centros son implementados bajo condiciones de contingencia más que de planificación, esto es interpretado como que es el seguro público el único que gana con los actuales mecanismos de pago.

Desde el punto de vista de la definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador, la falta de unidades administrativas y autonomía del CSMC podría ser una razón por la cual su director no puede ser más eficiente. La falta de formación universitaria es la razón por la cual el director del CSMC debe aprender su rol en la práctica del cargo. El deber de los directivos de los CSMC es supervisar que se cumpla efectivamente las tareas comprometidas y se requiere delimitación de responsabilidades frente a irregularidades administrativas. Es el propio proveedor quien ha asumido la responsabilidad de autorregular la forma en que otorga su atención, pero al mismo tiempo existe la percepción que las formas de administración de los CSMC los mantienen sin poder en la toma de decisiones sobre los recursos, esto provoca heterogeneidad en la definición de las responsabilidades del CSMC en el manejo de los recursos.

Desde aquellos que develan irregularidades administrativas, aquellos que tienen responsabilidades muy limitadas, hasta aquellos que han logrado ciertos arreglos locales para delegar responsabilidades más claras. La forma de organizar la administración de los centros no favorece esa toma de responsabilidad. La falta de autonomía y poder de los CSMC les obliga a negociar permanentemente para acceder a recursos para el trabajo comunitario. Es importante que los centros administren recursos para gastos contingentes, en forma de “caja chica” o similar; para contar con materiales y apoyo de café para realización de talleres grupales o comunitarios que permanentemente son cuestionados o desaprobados; o para el gasto en ítems que son lejanos a la consulta en box, porque se orientan hacia un trabajo colectivo y en la comunidad, lo que suele ser incomprendido. Estas dificultades permanentes dificultan las acciones territorializadas, atribuyeron en parte a este fenómeno los daños a la calidad de la atención y a la aparición de listas de espera. Existe un problema basal de que no ha existido la discusión acerca de la política de cómo financiar los CSMC, ni quien asume la responsabilidad de la gobernanza del sistema de financiación de los CSMC. Pero también devela que en el proceso de gestión de los CSMC los Servicios de Salud como pagadores tienen fragmentada esta función y los referentes técnicos develan que no tienen real poder en la toma de decisiones sobre los recursos para esos centros.

Respecto de la sustentabilidad de los CSMC, se plantea que estos proveedores están desfinanciados si se compara la demanda de atención y la capacidad productiva alcanzada. En Chile está pendiente concluir la discusión sobre la salud mental en el plan de salud universal o en la cobertura universal de salud, que es lo que debe ordenar los esquemas de financiamiento, los mecanismos de pago, el modelo de atención y el modelo de gestión, existiendo frustración frente a esta tarea inconclusa. En la concepción del sistema de salud chileno hay una discusión política respecto de avanzar profundizando un sistema de salud en base a seguros, y ahí la discusión es si contar con un seguro único o con multiseuros. O si se debe avanzar hacia un sistema nacional de salud. Esta es la cuestión previa. A partir de estas definiciones, la cuestión es cómo definir un plan de salud, pues lo que se aprecia son un conjunto de programas que han perdido una orgánica.

Finalmente, para lograr que los mecanismos de pago estén alineados con los objetivos de la política de salud mental, se constata que el presupuesto público para los CSMC se ha construido a partir de un conjunto desarticulado de esquemas de pago implementados heterogéneamente. Así concebido es una política de financiamiento que desconoce la alternativa de un sistema de financiamiento lógico y coherente con las políticas de salud mental, causando menor posibilidad de incremento de recursos para el desarrollo de los CSMC. Los planes nacionales de salud mental y psiquiatría comunitaria guían la acción de los CSMC, mitigando los efectos de la falta de política de financiamiento coherente. Desde el punto de vista de los procesos institucionales, los presupuestos anuales que se exige planificar no tienen sentido, dado que no se relacionan posteriormente con la lógica de transferencias que se ejecuta. Un ejemplo de la falta de sentido es la utilización del sistema de compras públicas en los últimos años. Este es un sistema mediante el cual la institución está obligada para realizar toda compra de productos o servicios del Estado con proveedores naturales y jurídicos. Es evaluado negativamente que se realice compra de servicios de las intervenciones comunitarias que deberían ser parte de la estructura de la provisión propia, además se produce la compra de servicios de horas médicas de psiquiatras, que en este marco prestan servicios, pero no son realmente parte del equipo de salud mental del CSMC. Esto ni siquiera fue considerado en el diseño de los mecanismos de pago que se implementaron para financiar los CSMC. Los mecanismos de pago han carecido de la flexibilidad y adaptabilidad para incorporar nuevas acciones o tecnologías.

Se ha posicionado la creencia que el pagador limita conscientemente la financiación que incentiva la participación comunitaria debido a que no le conviene el empoderamiento comunitario para defender sus derechos. También existe el juicio de que el pagador conscientemente quiere financiar un modelo medicalizado y nada más, que destina más recursos cuando las intervenciones requieren mayor complejidad tecnológica, más que mayor densidad de recursos humanos, y que los CSMC tiene una dependencia administrativa híbrida que es conveniente pues depende de la voluntad del pagador para que funcione.

### **Gobernanza, gestión y unidad de pago de los mecanismos de pago a favor del modelo comunitario.**

El logro de coherencia entre del modelo de salud mental comunitaria en los CSMC y los incentivos de su mecanismo de pago, es más complejo que simplemente tomar una decisión sobre las tres características de un mecanismo de pago (la temporalidad, la variabilidad y la unidad de pago). Existen definiciones de gobernanza y proceso de gestión estratégica que requieren actuar en coherencia.

Desde el punto de vista de la gobernanza, el mecanismo de pago se relaciona a favor del modelo de salud mental comunitaria cuando:

- a) Existe un conjunto articulado de esquemas de pago diferentes implementados racionalmente, con una lógica de asignación de recursos explícita, es decir, bajo una política de financiamiento que tributa a la política de salud mental.
- b) Se define a los responsables que participan de la función de compra, es decir se identifica una institucionalidad clara y única de quien está a cargo de la toma de decisión sobre qué, cuánto y dónde se aplica cada mecanismo de pago. En la definición de los alcances de la función de compra la institucionalidad responsable considera los mecanismos de participación incorporando perspectivas de representantes del pagador, el proveedor y el usuario.
- c) Existe una dependencia administrativa similar entre los CSMC, que otorga condiciones de autonomía a su gestión equivalentes.
- d) La política de salud mental se constituye en una señal clara para el sector de la educación superior que regula la formación de profesionales y técnicos, y para las instituciones del mundo académico y de la investigación.
- e) Las políticas de salud incorporan e implementan objetivos y estrategias sobre estigma en salud mental.
- f) Se garantiza una relación vinculante con los representantes de organizaciones de usuarios y se establecen mecanismos de participación de expertos usuarios en la gestión del desarrollo de los CSMC.

- g) Se garantiza la obligatoriedad de la rendición de cuentas sobre los recursos asignados al CSMC por parte de las autoridades superiores.
- h) Se establece una política y plan de inversiones de CSMC complementarias a la política de financiamiento.
- i) Se establece una política intersectorial en salud mental que se define los procedimientos mediante los cuales se asignan y gestionan presupuestos multisectoriales.

Desde el punto de vista de los procesos de gestión estratégica de los CSMC, el mecanismo de pago se relaciona a favor del modelo de salud mental comunitaria cuando:

- a) Se establecen explícitamente y monitorean los procesos de reclutamiento, inducción, capacitación y supervisión del personal que trabaja en los CSMC.
- b) Se incorporan trabajadores comunitarios y/o pares como parte de los equipos de los CSMC.
- c) Se optimizan los sistemas de información para evaluar y reportar la capacidad y calidad productiva de los CSMC.
- d) Se organizan horarios extendidos de apertura de los CSMC.
- e) Se comunica el plan de financiamiento, de forma tal que los involucrados (gestores, equipo, organizaciones, comunidad) conozcan explícitamente su propósito y procedimientos.

Desde el punto de vista de la unidad de pago, la mezcla de distintos esquemas parece más apropiado para que los mecanismos de pago se relacionen a favor del modelo de salud mental comunitaria (Tabla 49). Se identifican algunas unidades que dan cuenta de incentivos que fueron más nítidamente identificados como posibles de abordar a través de un mecanismo de pago en el presente estudio.

Para el incentivo que apunta a mitigar los efectos negativos del contexto socioeconómico de las poblaciones asignadas, las particularidades culturales y estar mejor preparados para enfrentar contingencias sanitarias, se plantean dos caminos: la introducción de inflatores para ajustar por riesgo en cualquier mecanismo de pago que se haya definido o bien, incorporar programas

específicos complementarios que establezcan tarifas asociadas a metas basadas en indicadores territoriales.

Para el incentivo hacia las acciones de promoción y prevención universal y selectiva, se plantea el pago por población capitada según población asignada (que corresponderá a los beneficiarios del seguro público del territorio a cargo u otras poblaciones que se determine en la política de salud mental) basado en metas de procesos de intervención anual.

Para el incentivo para la atención diferenciada de acuerdo con las necesidades de las personas usuarias, se plantea dos unidades complementarias: por una parte, el pago por caso asociado a la complejidad en el consumo de recursos. El caso agrupa los diagnósticos según la homogeneidad del uso de recursos y las características clínicas, generando diversos grupos a los que se les determina una tarifa de acuerdo con el grupo. Por otra parte, la identificación explícita de intervenciones terapéuticas que se consideren identitarias del modelo de salud mental comunitaria (consultoría, visita domiciliaria, grupo de autoayuda, plan de intervención co-construido con la persona usuaria, otros) a través de un paquete priorizado.

Para el incentivo hacia la recuperación integral, cuidado compartidos y continuidad de la atención, se plantea el pago por desempeño para casos de atención compartida. Esto implica establecer la meta de desempeño a las organizaciones implicadas simultáneamente y representa un desafío importante para la gestión articulada de los casos.

Para el incentivo de equipos de salud mental estables, motivados y competentes la regulación vigente sobre condiciones contractuales de los trabajadores de la salud en el sistema público determina la mantención de un presupuesto prospectivo para sostener la plantilla de sueldo.

Para incentivar procesos de apoyo administrativo eficientes, se plantea que habitualmente se estima en la estimación de las tarifas en cualquiera de los mecanismos de pago, pero debe ser explícita su incorporación a través de alguna regla de cálculo (por ejemplo, un porcentaje en relación con el total de la tarifa de la unidad de pago). También se plantea como parte de metas de

desempeño bajo un mecanismo de bonificación complementario, orientado a premiar aspectos específicos de la gestión.

Tabla 49. Coherencia entre la unidad de pago y los incentivos al modelo de salud mental comunitaria en los CSMC.	
Incentivo	Unidad de pago
Mitigar los efectos negativos del contexto social y económico de las personas usuarias.	a) Introducción de inflatores para ajustar por riesgo en el mecanismo de pago que se haya establecido.  b) Programas complementarios que asocien tarifas a metas de resultado.
Considerar las particularidades culturales	
Estar mejor preparados para enfrentar contingencias sanitarias	
Intervenciones de promoción y prevención universal y selectiva, realizadas en forma conjunta con organizaciones sociales o del intersector.	Pago por población capitada según población asignada (beneficiarios del seguro público del territorio a cargo) basado en metas de procesos de intervención anual.
Atención diferenciada de acuerdo con las necesidades de las personas usuarias	Pago por caso asociado a la complejidad en el consumo de recursos. La definición de caso agrupa los diagnósticos según la homogeneidad del uso de recursos y las características clínicas, generando diversos grupos a los que se les determina una tarifa de acuerdo con el grupo.
	Identificación explícita de intervenciones terapéuticas que se consideren identitarias del modelo de salud mental comunitaria (consultoría, visita domiciliaria, grupo de autoayuda, plan de intervención co-construido con la persona usuaria, otros)
Recuperación integral, cuidado compartidos y continuidad de la atención	Pago por desempeño para casos de atención compartida. Esto implica establecer la meta de desempeño a las organizaciones implicadas simultáneamente.
Equipos de salud mental estables, motivados y competentes	La regulación vigente sobre condiciones contractuales de los trabajadores de la salud en el sistema público determina la mantención de un presupuesto prospectivo para sostener la plantilla de sueldo.
Procesos de apoyo administrativo eficientes	a) Incorporadas en la estimación de las tarifas en cualquiera de los mecanismos de pago, pero debe ser explícita su incorporación a través de alguna regla de cálculo.  b) Como parte de metas de desempeño bajo un mecanismo de bonificación complementario.

## **VI. DISCUSIÓN.**

Las perspectivas de pagador, proveedor y usuario coinciden en que los esquemas de pago y el desarrollo del modelo de salud mental comunitaria en los CSMC están estrechamente relacionados. Los mecanismos de pago reportados en el caso del CSMC son identificables en la tipología original propuesta por Jegers et al.(75) y el esfuerzo europeo REFINEMENT(135). Si bien se reconocen siete mecanismos, podemos observar que lo que prevalece es la combinación de presupuestos globales y el pago de paquetes con beneficios limitados por persona atendida, pero ambos sin claridad acerca de los incentivos perseguidos. Los esquemas han sido prospectivos con límite de tarifa y presupuesto, lo que parece adecuado como orientación hacia la eficiencia. A pesar de esto, para los expertos entrevistados, no existe un sistema de financiamiento institucional para los CSMC, lo que se contradice con su prioridad crítica en las políticas de salud mental (115).

### **Mecanismos de pago con pensamiento sistémico.**

La implementación desarticulada de los mecanismos de pago, sin un propósito estratégico claro, y con aplicaciones heterogéneas en diferentes centros se puede relacionar con una función de compra debilitada en el caso de la salud mental. Kutzin sugiere que la transferencia de fondos a los proveedores de atención (también llamada función de compra) es un instrumento financiero crucial para permitir un uso más eficiente de los recursos limitados (79). La entidad institucional a cargo de la función debe estar facultada para tomar decisiones basadas en evidencia sobre qué servicios comprar, a qué proveedores comprar y cómo comprar. En la experiencia reportada por los expertos, la función parece operar fragmentada entre tres instituciones del sistema de salud (Seguro Público de Salud, Ministerio de Salud y Servicios de Salud) que no han logrado articular una lógica de financiamiento reconocible para los proveedores de salud mental.

El CSMC es considerado unánimemente esencial en el plan nacional de salud mental, reconociendo que ha impactado directamente en el acceso, cobertura y proximidad en la atención. Los logros clínicos y la participación comunitaria



parecen estar asociados con las orientaciones técnico-políticas (115)(116)(124), el esfuerzo del personal del centro (136) y la influencia de las organizaciones sociales; más que con las lógicas de financiación. Este estudio indica que, desde la perspectiva de los pagadores, proveedores y usuarios, los mecanismos de pago que se han utilizado en Chile hasta la fecha han operado como incentivos que provocan efectos negativos en la implementación del modelo de salud mental comunitaria en los CSMC. El estudio respalda la preocupación previa del Plan Nacional de Salud Mental de Chile sobre el desajuste del nuevo modelo de atención con los mecanismos de pago y refuerza la necesidad de un mayor análisis de las consecuencias de este desajuste, dado que el modelo comunitario no ha descrito como operan en él los incentivos provenientes de los mecanismos de pago a los servicios de atención de salud mental.

Desde una perspectiva sistémica los mecanismos de pago es el tipo de intervenciones que puede ser considerado una “intervención de nivel de sistema” pues afecta a más de un componente constitutivo de su arquitectura. Ya se ha señalado que el tercer informe insignia de la AHPSR sobre aplicación del pensamiento sistémico identificó al mecanismo de pago por desempeño como ejemplo de este tipo de intervenciones, pues las reglas de financiación son intervenciones complejas para sostener las transformaciones complejas al sistema de salud en su conjunto.(67)

Es así como los efectos negativos de los mecanismos de pago fueron observados en más de un aspecto de la organización. Las prestaciones se terminan orientando hacia la consulta individual en desmedro de las intervenciones familiares, colectivas y comunitarias; la gestión se termina orientando hacia la subalternidad en desmedro de la participación social y activa de los usuarios; la acción profesional se termina orientando hacia la especialización disciplinar en desmedro del abordaje multidisciplinar, excluyendo el rol de agentes comunitarios o trabajadores pares; la terapéutica termina orientada hacia el síntoma en desmedro de un abordaje integral, continuado y contextualizado. Y todo esto a la vez.

Dado que los mecanismos de pago no actúan unidireccionalmente hacia un componente a la vez, resultó relevante comprender mejor cómo operan estos

incentivos en la relación y conexiones entre las diferentes partes de la organización. Es un área de investigación que debe continuar a partir de este estudio, pues es el hecho de que afectan a más de un aspecto de la organización (67), lo que le otorga su potencial transformador si se determina cuáles son las interacciones más adecuadas a estimular para orientar la organización (48).

Una de las dificultades para lograr una función de compra estratégica es la definición del tipo de acciones y resultados que se está dispuesto a financiar. Estudios previos han advertido sobre problemas en la investigación de los aspectos financieros de los servicios de salud mental. La terminología común y bien definida es uno de los vacíos a resolver (103), así como la estimación de los costos de los servicios (137). Este estudio agrega una nueva dimensión a los problemas de investigación en este campo, al abordar cómo se establecen las reglas de pago percibidos como incentivos a los proveedores. Aunque se reconoce su potencial transformador, modificaciones aisladas de los mecanismos de pago parecen insuficientes para incentivar el modelo de salud mental comunitaria si no se realizan ajustes a otros aspectos de la estructura de la financiación. Esto resulta claro respecto de la función de compra desarticulada y la carencia de una definición acerca del plan de salud que el sistema está dispuesto a cubrir financieramente en el caso de la salud mental a nivel comunitario, que sea efectivamente complementaria a la oferta de los otros niveles de atención.

### **Sistema de información para planificar y evaluar la financiación.**

Las bases de datos nacionales con datos de la capacidad productiva financiable de los CSMC tienen importantes problemas de calidad de la información, algunos centros anidados en hospital no están individualizados y se observa una importante incompletitud de los datos. Esto último es un problema recurrente en los países de América Latina, y uno de los objetivos de la OMS es fortalecer los sistemas de información en salud mental (3). Chile es considerado uno de los países con mejores sistemas de información en salud de la región, por lo que es considerado de interés en el campo de la salud mental. Esta información sistemática es fundamental para mejorar los procesos de financiación de nuevos

proveedores de salud mental bajo el modelo comunitario (138)(139)(137). A pesar de la relativa calidad de los datos, el aprovechar la información existente brinda, por primera vez, un panorama del desempeño de los CSMC. Se identifican mejor los problemas a los que se enfrentarán los investigadores al estudiar el desempeño de estos centros para mejorarlos. Por otra parte, emerge la necesidad de una mayor reflexión crítica en el diseño de los sistemas de información, los sistemas estadísticos no son ingenuos y se vinculan con el pensamiento económico a la base. La estructura de un sistema estadístico puede dar cuenta de políticas de salud mental bajo la doctrina de un estado de bienestar o de uno neoliberal. Los datos de productividad y su interpretación estarán permeados por la política económica.(125)

Se observa un crecimiento en la cobertura de atención de estos centros a lo largo del tiempo, contribuyendo a las metas nacionales. Los CSMC aumentaron las admisiones a tratamiento desde 2010, disminuyeron desde 2017 y una disminución notable en el primer año de la pandemia de COVID-19. Para el año 2019, la tasa reportada alcanza el 4,6 por cada 1.000 beneficiarios del seguro público, si bien, para aquellos centros que tienen alta completa en todos los años, asegurando que el dato se refiere a su población beneficiaria del seguro público (17 centros), esta tasa se eleva a 7,2 en ese año. Este es un ejemplo de que la mejor calidad y completitud de los datos permitiría tener mejores estimaciones de las características de la capacidad productiva.

No sólo la cantidad de producción, sino que la calidad del proceso productivo puede verse reflejado en los sistemas de información permitiendo identificar si los centros se están orientando hacia el modelo comunitario. Un ejemplo interesante es que la tasa de egresos estimada resultó siempre inferior a los ingresos, siendo al menos la mitad, pudiéndose observar diferencias de hasta cinco veces más ingresos que egresos en los centros que mantienen registro activo de ingresos y egresos para todo el período. Esto implica que cada año se mantiene una población bajo control ingresada en años anteriores. Los datos revisados no permitieron estimar cuánto es el tiempo promedio que las personas permanecen bajo control una vez ingresadas al centro. Esto nos obliga a pensar en cuáles son los estándares de tiempo de tratamiento en el nivel secundario,

considerando que algunos trastornos mentales requerirán cuidados a largo plazo, lo que impacta el diseño del mecanismo de pago.

Se estimó una mayor proporción de mujeres en ingresos y altas, aunque la tasa de altas suele ser mayor en hombres. Parece fundamental incorporar el enfoque de género en los estudios para comprender mejor estas dinámicas (140).

La mayor proporción de ingresos y egresos se concentra en la población adulta entre 20-64 años que puede llegar a superar el 60%, seguido de la población adolescente que bordea la cuarta parte de los ingresos. Es consistente con la distribución poblacional de Chile, aunque los mayores de 65 años son los menos ingresados y atendidos en estos centros. Los datos sugieren que en el año 2020 de la pandemia los menores de 10 años fueron los más afectados en los ingresos como en los egresos.

Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de drogas son los más prevalentes en los ingresos, junto con los trastornos de inicio en la infancia. Estos diagnósticos también son más prevalentes en la población (49). Sin embargo, en el caso de las altas, la mayor proporción corresponde a trastornos por consumo de drogas. Los datos de personas en tratamiento por trastornos por consumo de drogas son ilógicos desde 2015 ya que son superiores al total de personas en tratamiento. Pueden existir registros superpuestos correspondientes al contrato entre el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), en el cual los CSMC son proveedores de tratamiento. SENDA requiere el registro de los usuarios en su sistema de información local. Es posible sospechar que las estadísticas de ingresos por esta causa no fueron reportadas en el CSMC. Sin embargo, se agregaron intervenciones, incluyendo las correspondientes al contrato con SENDA. Este es un buen ejemplo de la desarticulación de los sistemas de información cuando existe desarticulación en los esquemas de pago. Por otra parte, llama la atención que sean los trastornos del humor los que menos egresan proporcionalmente. Si la unidad de pago utilizada en este caso exige el mantenerse activo bajo control para acceder a los medicamentos, entonces los datos podrían estar reflejando un proceso de cronificación en el centro.

La esquizofrenia tiende a estar entre el 2% y 4% de los ingresos, este grupo de población es prioritario para ser atendido en los CSMC como parte del nuevo modelo de atención (4). Si se introducen nuevos paquetes de prestaciones asociados a un diagnóstico, esto se comienza a ver reflejado en el reporte de producción. Por ejemplo, los trastornos del desarrollo se mantienen mayoritariamente en proporciones entre 1% y 2% para los ingresos y los egresos y los trastornos por demencia en los tres años más recientes se observa un 2% de ingresos, y un mayor porcentaje de egresos llegando al 4%, ambas condiciones introducidas en paquetes de prestaciones asociadas a diagnóstico recientemente.

Una tasa de PBC que bordea el 20,0 por cada 1000 beneficiarios del FONASA, implica que cerca del 2% de los beneficiarios del seguro público accedieron a atención en los CSMC, esta cifra parece baja en comparación con las prevalencias poblacionales estimadas de los trastornos mentales que este tipo de centros atiende (49).

Hay una preponderancia en el bajo control de los trastornos del humor, ansiosos y los asociados al uso de drogas, cuyas prevalencias poblacionales también son mayores dentro de los problemas de salud mental. Se espera que en estos casos los CSMC atiendan la severidad moderada a compleja, evitando el solapamiento de la atención de los trastornos mentales comunes de baja a moderada severidad que de acuerdo con el plan nacional de salud mental le corresponde a la atención primaria de salud. En la atención de los trastornos asociados al uso de drogas se esperaría un incentivo a partir de un convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior, que considera un importante presupuesto adicional y marcado para el financiamiento de los CSMC. Dentro de los trastornos del humor, se esperaría un incentivo para la atención de la depresión en mayores de 15 años y el trastorno afectivo bipolar, habida cuenta que estos problemas se incorporaron en el plan de garantías explícitas en salud GES que ha marcado financiamiento desde el FONASA a las redes asistenciales de salud.

En el caso de la esquizofrenia, que también forma parte del plan GES para el caso del primer episodio (113), se esperaría una proporción importante de la PBC. Un 8% de esquizofrenia en el total de la PBC, representa una tasa de 1,6

personas por cada 1000 beneficiarios de FONASA en la PBC de los CSMC que cuentan con la data propia completa. Y una tasa de ingresos de 0,14 por cada 1000 beneficiarios en el año 2019. Como prioridad programática del Ministerio de Salud se ha considerado una demanda estimada de 1 por cada 1000 personas mayores de 15 años. En los datos observados no se aprecia un incentivo a un mayor ingreso a atención por esquizofrenia, pero si un aumento de la PBC dado el menor número de egresos. Este motivo diagnóstico es particularmente relevante pues ha representado la reforma por la desinstitutionalización de la atención psiquiátrica.(141) Se espera que esta población logre ser atendida en programas especializados ambulatorios en la comunidad evitando la hospitalización, que es precisamente los que los CSMC representan en el plan nacional de salud mental.

En el caso de los trastornos por demencia, en general se aprecia un aumento en los ingresos y la población bajo control. Este problema de salud es incentivado desde la formulación del plan nacional de demencias en 2017 y la incorporación de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el plan GES en octubre de 2019.

Para los trastornos del desarrollo también se aprecia un aumento progresivo en los ingresos, egresos y PBC, con excepción del primer año de la pandemia COVID-19. Se ha incentivado la atención de los trastornos del espectro autista, desde la formulación de la guía clínica del Ministerio de Salud en 2015, que promueve la detección temprana.

Los trastornos mentales de la infancia agrupan una importante variedad de diagnósticos, en donde son los más preponderantes los trastornos hipercinéticos y de la atención, los trastornos emocionales de comienzo en la infancia y los trastornos ansiosos. Este grupo no muestra un crecimiento en los últimos años, y es el grupo etario que se observa más afectado por la pandemia. Aun cuando es un grupo prioritario en el plan nacional de salud mental y como política pública se ha incentivado su atención integral a través del programa “Chile crece contigo” que incluye la detección precoz y atención de los problemas de salud mental, no se aprecia un incentivo para su atención en los CSMC.

La atención a la violencia intrafamiliar disminuyó en el CSMC lo que puede estar asociado a la mayor oferta de políticas y programas de atención a mujeres víctimas de violencia, que se han desarrollado primero a través del Servicio Nacional de la Mujer dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, y posteriormente con la creación del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género en 2016. Asimismo, la detección y atención integral del maltrato a personas mayores de 60 años en el marco del desarrollo programático del Servicio Nacional del Adulto Mayor que depende del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

La articulación de la atención de la salud mental con otros sectores gubernamentales presenta desafíos para estimar los costos y el financiamiento público destinado a la atención de la salud mental de la población, ya que requiere enfoques multisectoriales innovadores (137).

Por otra parte, hasta 2019 las prestaciones totales fueron incrementando año a año. Lamentablemente en 2020, primer año de la pandemia Covid19, el total de prestaciones fue un 62% de lo realizado el año anterior. El impacto negativo de la pandemia en la capacidad de atención de los servicios de salud mental es una situación ampliamente comunicada (142)(143), atribuyendo como causas las cuarentenas, la reasignación de las funciones de profesionales y técnicos a tareas propias del cuidado por Covid-19, a la reorganización de los servicios de salud mental en turnos o a través de acciones telemáticas, entre otros. Las situaciones de emergencia sanitaria no se perciben contenidas en los mecanismos de pago, extrañando que no existan procedimientos especiales para este tipo de contingencias.

La tasa de prestaciones individuales por persona bajo control venía aumentando sostenidamente desde 2016, desde 3,9 hasta 4,8 en 2019 en promedio. Lamentablemente cae a 2,7 el primer año de pandemia. Es de destacar que más de la mitad de las intervenciones individuales están compuestas por acciones realizadas por un psicólogo. Las consultas médicas (psiquiatra) no superan el 10%, cifra cercana al comportamiento de las consultas realizadas por Terapeutas Ocupacionales y Trabajadores Sociales. El cuidado de enfermería representa alrededor del 3% de las actividades individuales, lo que sugiere que

el cuidado integral es limitado. Son frecuentes las críticas al enfoque biomédico de la atención, frente al modelo comunitario. Esta distribución nos muestra una orientación "psicologizada" de la atención, que necesita ser mejor estudiada. La definición de intervenciones y servicios de salud mental específicos adolece de ambigüedad y vaguedad, principalmente lo que se define como psicoterapia (102). A menudo, las intervenciones individuales consisten en varias acciones terapéuticas y se requiere un proceso de desambiguación para mejorar los sistemas de información nacionales (103).

Las consultorías que en toda la serie representan una baja proporción, fue disminuyendo en el curso de los años desde un 1,8% en 2010 hasta alcanzar un 0,3% de las prestaciones en 2019, contrario a lo que plantea el plan nacional de salud mental en orden al rol protagónico que deben ocupar los CSMC para desarrollar esta prestación en apoyo a la atención primaria (144). En 2017 se incorporó el registro de las acciones que realiza el trabajador comunitario, sin embargo, la proporción de acciones es mínima, alcanzando un máximo del 0.25% de las prestaciones individuales. La incorporación de trabajadores comunitarios y pares a la salud mental se ha mencionado como uno de los desafíos de Chile (145).

Estas características dan cuenta de una orientación a la atención clínica tradicional, más que a la esperada en el modelo comunitario, en que las actividades grupales deben ocupar un logro relevante. Las actividades grupales fuera del centro, por ende, en la comunidad, que hasta 2016 no superaban el 9% de las prestaciones, a partir del 2017 bordearon el 25% del total. Ese año fueron incorporados además de los trabajadores comunitarios, los técnicos de enfermería especialistas en trastornos por uso de drogas. Estos dos miembros del equipo tuvieron en su perfil la realización de actividades con la comunidad. Al mismo tiempo el año 2017 fue el inicio del tercer plan nacional de salud mental, con un reforzamiento de la importancia de la actividad comunitaria. En este contexto se incorporó el registro de la prestación "intervención psicosocial de grupo" como parte de las actividades comunitarias, que son mayoritariamente reportadas en este tipo de prestaciones, explicando el aumento desde 2017. Estos elementos pueden haber influido en el aumento relativo de actividades grupales fuera del CSMC en esos últimos años. Por otra parte, dentro de este



grupo la cifra más baja es el acompañamiento a organizaciones comunitarias con apenas un 0,1%.

El sistema estadístico administrativo revisado permitió describir una panorámica del perfil productivo de los CSMC, pero no es posible señalar que sea un sistema de información adecuado para respaldar la planificación y evaluación de la financiación a estos centros.

### **La configuración de mecanismos de pago para la cobertura universal de salud mental.**

El mecanismo de pago da cuenta de las reglas de transferencia de recursos financieros y se constituye en un instrumento de incentivo de los proveedores de atención de salud, a partir de la forma en que se distribuye el riesgo financiero entre el proveedor, el pagador y la persona usuaria (77)(78) y en el caso del sistema público de atención de salud mental su introducción no se debe confundir con menos presupuesto gubernamental, a diferencia de los propósitos del mercado privado de seguros en que la meta es reducir el riesgo financiero del pagador (28).

En el caso de Chile, los CSMC se sostienen gracias a los fondos gubernamentales. Otros estudios identifican diferentes patrones de gasto en salud mental comparado con el resto de salud, observando que en la mayoría de los países la atención de salud mental se sostiene gracias a los financiamientos gubernamentales (55).

Los resultados revelan que se percibe un desfinanciamiento de los CSMC, desequilibrado con el aumento de la capacidad de producción. El presente estudio tiene la limitación de no contar con datos de presupuesto de los CSMC que permitan analizar ese desequilibrio. Otros estudios revelan que la reorganización hacia lo comunitario no genera ahorros, advirtiendo que, en un buen sistema de atención, los costos de apoyo a las personas dependientes suelen ser elevados dondequiera que vivan. La atención basada en la comunidad puede ser más costoso, pero aun así ser más rentable porque conduce a mejores resultados para las personas usuarias y sus familias.(54)

La crítica de fondo es la carencia de una política de financiamiento que implique la necesaria definición de un plan de salud para salud mental, cuando el país funciona bajo la adscripción de la población a un seguro de salud. El seguro de salud público en Chile ha declarado que garantiza el acceso a la atención de salud mental, pero ello no se ve reflejado en un plan de salud que el beneficiario pueda conocer y exigir. Otros estudios previos ya han señalado que persiste una brecha en la cobertura de seguros en los países, lo que hace dudar si la administración de los recursos financieros mediante seguros son el mejor modo para organizar los sistemas de salud hacia la cobertura universal. Aun así, los resultados en el acceso parecen ser más favorables para las personas cuando están cubiertas por los seguros, que cuando no lo están. (57)

La existencia de un plan de salud integral para salud mental permitiría definir mecanismos de pago coherentes, por ejemplo, evitando que los servicios e intervenciones cubiertas se restrinjan a consultas individuales y prescripción de medicamentos, lo que se ha denominado un modelo biomédico de atención descuidando la determinación social de los problemas de salud mental. La crítica de fondo es que en los procesos de construcción de garantías en el acceso a la atención es fundamental incorporar la perspectiva del usuario, del proveedor y el pagador. La participación en las decisiones sobre cómo se implementa el modelo de atención ha vinculado a las organizaciones de usuarios en forma instrumental, por lo que, más que el riesgo moral de abuso en el uso de servicios por parte de las personas usuarias o más que el papel jugado por la relación con sus terapeutas en la decisión sobre el tipo y cantidad de servicios que se brindan (28), hay factores políticos que determinan relaciones de poder desequilibradas entre usuarios, proveedor y pagador, que afectan desfavorablemente principalmente al usuario. Las organizaciones de usuarios muestran importantes esfuerzos por acceder a recursos a través de mecanismo de pago organizados como fondos concursables para la participación, que muchas veces terminan compensando deficiencias de recursos en los propios CSMC. Estudios previos realizados en países europeos advierten que las políticas son el resultado de procesos de negociación en donde la profesión de psiquiatra ha ocupado un rol dominante, y no se evidencian las contradicciones y probables conflictos que conlleva la participación (55). Se advierte que mientras que el pagador sigue

principalmente un enfoque consumista, los usuarios y familiares desean mayor participación democrática. Habría una liberalización de las políticas de salud mental no explícita al confundir la importancia de la autonomía y la responsabilidad individual frente al cuidado de la salud mental: el neoliberalismo ha reinventado la comunidad fusionando comunidad e individualismo. (55) La perspectiva clave es que la financiación de la atención de la salud mental es un proceso político. En este estudio emerge con fuerza la idea que el aumento de los presupuestos está determinado por decisiones políticas de tomadores de decisión política.

Estudios previos ya han observado las discrepancias entre la política nacional de salud mental y la implementación del seguro nacional de salud. Aunque el seguro nacional de salud declara la intención de la cobertura universal, tiene claras restricciones para incorporar servicios de salud mental (58) y en ocasiones aunque un porcentaje mayoritario de la población declare estar incluida en los esquemas de seguro de salud, las personas pagan de su bolsillo el costo de los servicios de salud mental (12).

### **Implicancias para las políticas y su implementación.**

Los elementos de contexto que relacionan los mecanismos de pago al modelo de salud mental comunitaria encontrados en este estudio, confirman que la financiación a los CSMC en Chile se ha subordinado a la estructura de financiamiento global del sistema de salud que se ha sometido a reformas, y que actualmente sostiene un debate sobre una nueva reforma que garantice el acceso universal. Los mecanismos de pago que se han utilizado para los CSMC no han nacido del análisis de idoneidad o coherencia con el modelo de salud mental comunitaria para ellos, sino que ha respondido a los instrumentos disponibles para todo el sistema de salud. Si bien existe un reconocimiento a que estos centros se han implementado gracias a la asignación del presupuesto público, se develan efectos negativos de los mecanismos de pago utilizados, que responde a esquemas desarticulados y de implementación heterogénea. Lo fundamental es su desapego a la determinación social de los problemas de salud mental y las necesidades de las personas usuarias. Estudios previos en países

Europeos advierten que cualquier sistema de financiación de la atención de la salud mental refleja un concepto específico de política social de salud y enfermedad mental, y está integrada en el estado de bienestar general, es necesario visibilizarlo y hacerlo transparente.(55) Por otra parte la coherencia de las políticas con los mecanismos de pago pasa por el desafío de lograr que usuario, proveedor y pagador puedan hacer lo correcto sin que eso signifique un resultado desfavorable para alguno de ellos (47). Las reformas por el acceso universal en salud pueden ser una oportunidad para tensionar hacia una mayor coherencia de las políticas de salud sobre la salud mental y los sistemas de financiamiento de los propios sistemas de salud, pero esto conlleva reconocer importantes cambios de concepto sobre salud y enfermedad mental, así como la introducción de regulaciones de financiación específicas para los servicios de salud mental (55). La formulación de una política de financiamiento complementaria a las políticas de salud mental es necesario y posible.

La coherencia de la formulación e implementación de estas políticas no se reduce al diseño de mecanismos de pago específicos. Implica esfuerzos adicionales a nivel de la gobernanza del sistema de financiamiento de la salud mental y esfuerzos a nivel de procesos de gestión estratégica, en particular de los CSMC.

Los esfuerzos de gobernanza incluyen la existencia de una política de financiamiento que articula una mezcla de esquemas de pago en forma coherente. También implica una institucionalidad para el despliegue de la función de compra, con mecanismos de participación reales entre usuario, proveedor y pagador. Implica otorgar autonomía a los CSMC dentro de los marcos legales del sistema público con dependencias administrativas más homogéneas. Requiere entre otros esfuerzos significativos complementar con políticas para abordar el estigma sobre los problemas de salud mental, reorganizar los recursos intersectoriales y priorizar la inversión en infraestructura de los CSMC.

Los esfuerzos de gestión estratégica, en tanto, incluye establecer procedimientos transparentes en la gestión del recurso humano, incorporando trabajadores pares. También implica organizar los recursos internos para facilitar el acceso a la atención. Estudios previos son coincidentes con relevar la

importancia de comunicar mejor los objetivos de las lógicas de financiamiento.(94)

Bajo estos marcos los mecanismos de pago se pueden organizar con mayor coherencia. Hay concordancia entre usuario, proveedor y pagador en que en un contexto de limitación de recursos gubernamentales lo responsable es mantener mecanismos prospectivos con limitación de tarifas y presupuesto, pues estudios previos muestran que este esquema incentiva mejor la eficiencia. Sin embargo, esas tarifas deben adecuarse de mejor forma a los costos de la atención y los límites de presupuestos deben incrementarse, lo que significa asegurar neutralidad de costos para evitar que ciertas actividades sean restringidas o se deteriore la calidad de la atención (75).

La organización de un esquema de pago que mezcle unidades de pago parece ser lo más adecuado para alinear el mecanismo de pago al modelo de salud mental comunitaria, pues estos deben acomodarse a la naturaleza de cada actividad relevante de los CSMC.

La propuesta que hace este estudio respecto de ciertas unidades de pago frente a ciertos incentivos presenta algunas concordancias con estudios previos. Entre ellos se sugiere que la capitación es más recomendable para promover factores protectores de la salud mental y prevenir factores de riesgo psicosocial en poblaciones territorialmente asignadas (78). También sugieren que la introducción de ciertas prácticas específicas para mejorar la calidad de la atención de salud mental se favorece cuando se explicita las intervenciones que se deben implementar (95)(96)(97)(98)(99), aunque estas no se refieren a acciones vinculadas a la hospitalización psiquiátrica. Estudios también sugieren que la incorporación del pago por caso funciona mejor frente a la condición crónica de algunos trastornos mentales y la provisión intermitente de servicios comunitarios (101).

La coherencia de estos elementos de gobernanza, gestión y mecanismos de pago pueden contribuir al logro del objetivo del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025 de Chile, el cual busca desarrollar un plan de soporte financiero que provea de los recursos para alcanzar las metas del plan en el marco de la implementación del modelo de salud mental comunitaria. En este

sentido establece incrementar el presupuesto gubernamental de salud destinado a salud mental desde un 2% hacia un 6%. Este estudio enfatiza que ese incremento requiere un marco político de coherencia, en donde los mecanismos de pago pueden jugar un rol central para el éxito del plan nacional de salud mental.

## VII. CONCLUSIONES.

El estudio otorga evidencia a la preocupación expresada en el Plan Nacional de Salud Mental de Chile sobre un desajuste entre el modelo de salud mental comunitaria y los mecanismos de pago utilizados para los CSMC. Entrega elementos de análisis sobre las causas y consecuencias de este desajuste.

Los resultados permiten concluir que un conjunto desarticulado de esquemas de pago implementados heterogéneamente en los CSMC tiene efectos negativos para el modelo de salud mental comunitaria en su conjunto. Situación originada en el hecho que los mecanismos de pago utilizados no han nacido de la propuesta del propio modelo comunitario. En cambio, han respondido a los instrumentos discrecionales disponibles para todo el sistema de salud.

Esos mecanismos se han concentrado en la “unidad de pago” como factor crítico de incentivo, lo que reduce el análisis a un nivel instrumental. Sin embargo, tras el incentivo del mecanismo de pago el estudio concluye considerar dos niveles de análisis adicionales al instrumental. Un nivel político que da cuenta de la gobernanza de la financiación, y un nivel técnico, que da cuenta de la gestión de los CSMC en torno al gasto. Los niveles político, técnico e instrumental de la financiación requieren ser entrelazados para lograr ajustar los incentivos con el modelo comunitario de salud mental.

Los resultados de esta investigación confirman la posibilidad de la creación de una política de financiamiento de la salud mental anidada en la estructura financiera del sector salud, con bordes claros, que logre esa articulación.

La formulación de una política complementaria de financiamiento para los CSMC es necesaria y posible. La falta de propuestas sobre los modelos de financiación requerido para los CSMC es un problema que parece ser recurrente en los planes nacionales de salud mental de países Latino Americanos.

Aunque en este estudio se reconocieron siete mecanismos de pago a los CSMC, en el análisis se concluye que en la práctica responden a tres esquemas. Uno de esos esquemas es el que proviene de un presupuesto global, no marcado en los sistemas financieros, cuya principal función es respaldar la plantilla de

remuneraciones. El segundo esquema paga un paquete parcial de prestaciones asociado a un diagnóstico y con una tarifa subóptima. Esta situación desfavorable es invisible a primera vista. Bajo este escenario los esfuerzos que han realizado los CSMC por desarrollar el modelo de salud mental comunitaria son destacables. Los mecanismos de pago pueden actuar de manera adversa sobre varios componentes de los CSMC, contraviniendo los objetivos del modelo comunitario de salud mental. Es posible identificar una mezcla de mecanismos de pago mejor articulados si escuchamos la experiencia de quienes cumplen el rol de pagar, proveer y usar estos servicios.

### **Efectos de la financiación.**

El hecho de que la mayoría de los estudios previos se declaren no concluyentes sobre el poder del incentivo de los mecanismos de pago en los servicios comunitarios de salud mental, no resta importancia a su potencial poder transformador.

Uno de los problemas de la investigación sobre reglas de pago en salud mental ha sido reducir como objeto de estudio a la unidad de pago. Para este estudio los efectos medidos a través de la unidad de pago no explican los incentivos en el caso de los CSMC. Lo relevante es comprender cómo operan estos incentivos en las interacciones entre las diferentes partes de la organización. Esta comprensión otorga una aproximación panorámica sobre las interacciones más apropiadas para estimular o reorientar la organización a través de un mecanismo de pago determinado.

Tres reflexiones acerca de la investigación sobre financiamiento a los servicios comunitarios de salud mental. En primer lugar, es plausible pensar que la variabilidad en la dependencia administrativa encontrada en los CSMC esté determinando diferencias en la importancia de los efectos, aun cuando existe una norma única de gestión para estos centros emanada desde el Ministerio de Salud como factor común. Pero también puede ocurrir que el tipo de servicio final ofrecido no sea alterado debido al tipo de administración. Esto no lo sabemos. La falta de sistemas de evaluación estandarizados y sistemáticos es una debilidad de la política de salud mental actual. Esto implica considerar sistemas



de clasificación de servicios, intervenciones y personal que permitan la comparabilidad. Un siguiente paso en el estudio sobre la financiación a los CSMC requerirá de la introducción de sistemas estandarizados de clasificación del servicio para lograr comparar en distintos contextos.

Una segunda reflexión, surge al observar algunas de las características de la actividad de los CSMC. La preponderancia de las intervenciones individuales, donde las atenciones son realizadas principalmente por psicólogos, aunque también participan psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeras y técnicos en enfermería y en rehabilitación. El nivel aún bajo de intervenciones grupales como alternativas terapéuticas. La intervención de los grupos comunitarios que en los últimos años parece haber aumentado (salvo el año de la pandemia). Las intervenciones realizadas por trabajadores comunitarios que es más reciente. Estas características sugieren que aún quedan desafíos importantes para que los CSMC tengan un perfil de intervenciones consistente con el modelo de salud mental comunitaria. Parte de los resultados sugieren que la respuesta terapéutica dependería más bien de la falta de formación de los profesionales sobre el modelo comunitario. Cabe preguntar entonces por qué las políticas de salud mental no han sido una señal clara para la educación superior, o si la estructura de financiamiento del sector salud es la señal que está primando para no innovar en las intervenciones. La política de financiación podría lograr ser una señal clara para el conjunto del ecosistema de atención en salud mental, incluida la formación de los profesionales y técnicos que el sistema requiere, pero esto requiere ser estudiado.

En tercer lugar, cuando se analizan las prestaciones que los CSMC registran en los sistemas estadísticos de respaldo, estamos preguntando qué es lo que el sistema público ha estado dispuesto a financiar. Pero esto requiere tener la certeza que las prestaciones ahí definidas estén efectivamente siendo comprendidas de la misma forma por quienes registran y por quienes gestionan a través de esos datos. La evidencia previa nos advierte que este es un problema frecuente en la investigación que evalúa servicios de salud mental. Los problemas de calidad de los datos encontrados nos sugieren que podemos estar enfrentando este problema. Otro siguiente paso para avanzar en la investigación

sobre financiamiento es someter a una estandarización de lo que el sistema estadístico chileno denomina prestaciones, pero que la literatura sobre evaluación de servicios distingue entre intervenciones y actividades.

Sin embargo, como tema de fondo es necesario reflexionar críticamente acerca de qué queremos que expresen los sistemas estadísticos nacionales. En el caso de los datos del REM de salud mental para este estudio hay una mezcla de una intención sanitaria y una intención financiera. Esta mezcla no está resultando virtuosa. Como parte de la estandarización de prestaciones, se requiere un análisis mayor de las taxonomías propias de los objetivos sanitarios y aquellas propias del respaldo de la financiación. Estas últimas deben tributar a los objetivos de las primeras. La descripción estadística de los CSMC responde a un escenario en el que el Estado se concibe como un conjunto descentralizado de procesos administrativos que regulan las relaciones de negociación, pero no reglas sustantivas. La producción del CSMC se financia con recursos públicos; por lo tanto, el registro en los sistemas administrativos nacionales debería ser esencial. Si la calidad del proceso estadístico es deficiente, las políticas de financiamiento de los CSMC podrían fracasar.

### **Aporte teórico para retroalimentar las políticas.**

Los resultados de la investigación permiten ampliar la base teórica que interpreta cómo el mecanismo de pago al CSMC es un potencial incentivo al modelo de salud mental comunitaria. Logra identificar, describir y comprender las interacciones gatilladas por los mecanismos de pago entre los elementos constitutivos del CSMC concebido como un sistema complejo: personas usuarias, provisión, medicamentos y tecnologías, recursos humanos, sistema de información, gobernanza y financiamiento. Estas interacciones no eran visibles, pero pudieron ser capturadas al amplificarles. Los mecanismos de pago resultaron ser generativos, es decir, impulsores que no causan directamente una transformación específica, sino que movilizan recursos materiales, sociales, políticos y culturales al gatillar el razonamiento de los actores involucrados. El estudio permitió identificar cierta teoría que hay detrás de los mecanismos de pago implementados en los CSMC al permitir que sea el propio subsistema que

hable a través de quienes representan tres intereses en tensión. Cabe recordar que después de todo, el mecanismo de pago sigue siendo concebido como un tipo de contrato entre pagador, proveedor y usuario. La consideración de las perspectivas de proveedores y usuarios fue esencial en el diseño de este estudio. Más diseños que consideren estas perspectivas son necesarios en la investigación sobre financiación.

El surgimiento de variables contextuales, institucionales, culturales y relacionales implica que el sistema de financiamiento refleja conceptos sobre salud y enfermedad mental imperantes en el sistema político y económico de salud chileno.

Las reformas para el acceso universal a la salud pueden ser una oportunidad para impulsar una mayor coherencia de las políticas de salud mental y los sistemas de financiamiento de la salud. Esto debido a que se han puesto en la agenda del financiamiento aspectos tales como evitar el gasto innecesario (*wasteful*) y propender a alinear los incentivos con los objetivos de la política. Sin embargo, esto implica el reconocimiento de cambios esenciales en el concepto de salud y enfermedad mental, y la introducción de normas de financiación específicas para los servicios de salud mental. Esto es diferenciador respecto de otros problemas de salud.

La nueva teoría que emerge contribuye al diseño y evaluación de los mecanismos de pago en concordancia con las políticas públicas declaradas sobre salud mental. Pero también puede permitir avanzar hacia una perspectiva más estratégica de la función de compra en la financiación de la salud mental, y con sentido para los actores del subsistema.

Pero la ampliación de este marco interpretativo requiere de una priorización. Esta es una tarea pendiente que no logró ser resuelta en este estudio. La identificación de más de setenta variables involucradas parece un exceso si la expectativa es que este marco interpretativo sea incorporado por los planificadores. Al mismo tiempo da cuenta de la complejidad que implica el estudio sobre financiación de servicios de salud mental comunitarios.

Aun con este refinamiento necesario, la propuesta teórica ofrece orientaciones claras acerca de los elementos de gobernanza del financiamiento que deben

considerar los planificadores para avanzar en mecanismos de pago ajustados al modelo de salud mental comunitaria. También ofrece algunas orientaciones respecto de los procesos de gestión interna de los CSMC, aunque este ámbito podría ser ampliado. Y aunque ya se ha señalado que la opción por un mecanismo de pago no podrá ser reducido a su unidad de pago, el estudio de igual manera ofrece una mezcla más apropiada de unidades identificando el tipo de incentivo que se propone introducir. Esos incentivos dan cuenta de características identitarias de los CSMC que también contribuye a una diferenciación más clara de los otros servicios que componen la red de atención de salud mental.

### **Un campo abierto de investigación.**

La financiación en salud mental es un campo de creciente interés por los investigadores de servicios comunitarios de salud mental. La experiencia de este estudio obliga a plantear que es necesario avanzar en Chile en investigación cuyo propósito sea contar con unidades de análisis comparables. Esto permitirá avanzar con estudios inferenciales en el desarrollo de modelos de financiamiento. En este sentido se requiere:

- Evaluación comparada de servicios introduciendo sistemas de clasificación estandarizadas. El sistema DESDE-LTC parece la apropiada por su extenso uso en evaluación de servicios de salud mental, habiendo explorado incluso en medición de eficiencia técnica.
- Evaluación comparada de intervenciones y actividades introduciendo sistemas de clasificación estandarizadas. Los conceptos propuestos por la Clasificación Internacional de Intervenciones Sanitarias de la OMS (ICHI), junto con los proyectos europeos Refinement y Psicost pueden ser la base de la estandarización.

El amplio marco de variables que este estudio identificó a partir de las narrativas de pagadores, proveedores y usuarios expertos ofrece una oportunidad para formular hipótesis de investigación sobre los incentivos en los servicios de salud mental más allá de la discusión sobre las unidades de pago. Cada una de las variables identificadas en el estudio deben ser consideradas una hipótesis de

trabajo en lo consecutivo. En este sentido, se requiere investigación orientada a continuar ampliando y sintetizando la base conceptual que relaciona los mecanismos de pago con el desarrollo del modelo comunitario de salud mental. Algunos de los factores que se propone investigar dicen relación con:

- Priorización de las variables identificadas que relacionan los mecanismos de pago con el modelo de salud mental comunitaria.
- Comparación de los efectos de los mecanismos de pago de acuerdo con variables priorizadas.
- Incorporación de perspectivas de integrantes de equipos de salud mental en la evaluación sobre los efectos en las prácticas terapéuticas. Especial interés sobre las prácticas terapéuticas desempeñadas por psicólogos, considerando que es el profesional de mayor número entre los profesionales de salud del país.
- Identificación de factores para fortalecer la función de compra.
- Introducción de datos reales sobre presupuesto y gasto como covariables según el tipo de servicio e instalaciones.

Como reflexión final, el diseño metodológico mixto basado en la teoría fundamentada, considerada una perspectiva pionera, permitió explorar una variedad de datos cualitativos y cuantitativos que lograron integrarse para dar una mayor descripción del objeto de estudio. Este camino metodológico tiene gran potencial en la investigación sobre financiamiento de los servicios de salud mental, no sólo por sus cualidades intrínsecas, sino que porque ilumina la posibilidad de nuevas metodologías mixtas para corroborar e implementar los nuevos marcos conceptuales construidos. Queda como desafío metodológico la forma en que se resuelve la integración mixta de resultados al incorporar análisis inferencial en el componente cuantitativo, o al usar análisis textual más profundo (significados, discursos) en el componente cualitativo. Diseños mixtos otrora difíciles de conciliar han mostrado su beneficio en el marco de la investigación pragmática para evaluar servicios de salud mental. Nuevas propuestas metodológicas mixtas serán útiles para lograr responder qué funciona financieramente en la respuesta del sistema de salud a las enfermedades mentales, para quién funciona, en qué medida y en qué circunstancias.

## VIII. REFERENCIAS.

1. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370(9590):878–89.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Español. OMS, editor. 2001. 178 p.
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. OMS. 2013. 52 p.
4. Cutler DM. Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *J Econ Lit*. 2002;40(3):881–906.
5. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders : a systematic review and meta-analysis 1980 – 2013. *Int J Epidemiol*. 2014;(March):476–93.
6. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(2):171–8.
7. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global , regional , and national disability-adjusted life-years ( DALYs ) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy ( HALE ), 1990 – 2015 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1603–58.
8. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Mental en las Américas: Nuevos retos al comienzo del milenio. 43 Consejo Directivo. Wasgington DC; 2001. p. 16.
9. Salud OM de la. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. 1a ed. Freeman M, Pathare S, Drew N, Funk M, Saraceno B, editors. Ginebra; 2006. 220 p.
10. Bertolote JM. Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry (Ed Esp)*. 2008;6(2):113–6.
11. Organización Mundial de la Salud. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. 1a ed. Freeman M, Pathare S, Drew N, Funk M, Saraceno B, editors. Ginebra; 2006. 220 p.
12. Organization WH. Mental Health ATLAS 2017. 2018. 62 p.
13. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 1948. Available from: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
14. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 1966. Available from: [https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf)

15. Unidas N. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. 1966. Available from: [https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf)
16. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006.
17. Thornicroft G, Tansella M. The Mental Health Matrix, A manual to improve services. USA: Cambridge University Press; 2006. 291 p.
18. Barbui C, Papola D, Saraceno B. The Italian mental health-care reform: public health lessons. *Bull World Heal Organ*. 2018;96:731--731A.
19. Hoffman SJ, Sritharan L, Tejpar A. Is the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities Impacting Mental Health Laws and Policies in High-Income Countries ? A Case Study of Implementation in Canada. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2016;16:1–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12914-016-0103-1>
20. Hurt SR. Washington Consensus. In: *Britannica Online Encyclopedia* [Internet]. 2020. p. 1–2. Available from: <https://www.britannica.com/topic/Washington-consensus>
21. Williamson J. What Washington Means by Policy Reform. In: *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* [Internet]. Washington, DC: Institute for International Economics; 1990. p. 67–117. Available from: <https://morenopcpc8.files.wordpress.com/2014/10/lo-que-washington-quiere-decir.pdf>
22. Enthoven AC. *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*. Addison-Wesley Publishing Company, editor. 1980. 196 p.
23. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev*. 1987;77(3):251–77.
24. McGuire TG, Pauly M V. Physician response to fee changes with multiple payers. *J Health Econ*. 1991;10:385–410.
25. Newhouse JP. Medical Care Costs : How Much Welfare Loss ? *J Econ Perspect* [Internet]. 1992;6(3):3–21. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2138297>
26. Kessler R, Frank R, Edlund M, Katz S, Lin E, Leaf P. Differences in the use of psychiatric outpatient services between tuhe United States and Ontario. *N Engl J Med*. 1997;336(8):551–7.
27. Solórzano FX. El sistema de salud del Canadá y su financiamiento. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 1997;1(3):180–5. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/1997.v1n3/180-185/>
28. Frank, McGuire. A Review of Studies of the Impact of Insurance on the Demand and Utilization of Specialty Mental Health Services. *Health Serv Res* [Internet]. 1986;21(2):241–65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1068951/>

29. Hankin J, Steinwachs D, Elkes C. The impact on utilization of a copayment increase for ambulatory psychiatric care. *Med Care*. 1980;XVIII(8):807–15.
30. Warner R. *Recovery From Schizophrenia: Psychiatry And Political Economy* [Internet]. 3rd ed. Brunner-Routledge, editor. 2004. 410 p. Available from: [http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/englit/Richard Warner \(Author\) - Recovery from Schizophrenia Psychiatry and Political Economy.pdf](http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/englit/Richard%20Warner%20(Author)%20-%20Recovery%20from%20Schizophrenia%20Psychiatry%20and%20Political%20Economy.pdf)
31. Aparicio V, Sanchez A. Desinstitucionalización y cronicidad : Un futuro incierto. *RAEN*. 1990;X(34):363–74.
32. Saraceno B. *La liberación de los pacientes psiquiátricos, de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. 2da ed. México DF: Editorial Pax México; 2003. 141 p.
33. Rotteli F. *Vivir sin manicomios, La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Editorial Topia; 2014. 156 p.
34. World Health Organization. Report of the International Pilot Study of Schizophrenia [Internet]. 1973. 427 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39405>
35. Sartorius N. Implications of the results of the WHO Study on Determinants of Outcome in Schizophrenia. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 1993;2(1):15–6.
36. Leff J, Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G. The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychol Med*. 1992;22:131–45.
37. Pan American Health Organization. Declaración de Caracas. Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina. [Internet]. OPS/OMS, editor. Caracas, Venezuela, 14 de noviembre de 1990.; 1990. Available from: [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf).
38. OECD. *Health at a Glance 2019*. 2019.
39. GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories , 1990 – 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1250–84.
40. Van de Ven WPMM, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut FTE, Shmueli A, et al. Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy (New York)* [Internet]. 2013;109(3):226–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.002>
41. Pita Barros P, Brouwer W, Thomson S, Varkevisser M. Competition among health care providers: helpful or harmful? *Eur J Heal Econ*. 2016;17(3):229–33.
42. American Psychology Association. Recursos Informativos acerca de la Ley de Paridad en la Salud Mental. Asociación Americana de Psicología (APA)



- [Internet]. 2021. Available from: <https://www.apa.org/topics/managed-care-insurance/parity-law-resources>
43. Bentley T, Effros R, Palar K, Keeler E. Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework. *Milbank Q.* 2008;86(4):629–59.
  44. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA.* 2012;307(14):1513–6.
  45. Health Affairs and the Robert Wood Johnson Foundation. Health Policy Brief, Reducing Waste in Health Care. *Health Aff.* 2012;December 1:1–5.
  46. Socha K, Couffinhal A. Ineffective spending and waste in health care systems: Framework and findings. In: *Tackling Wasteful Spending on Health.* Paris: OECD Publishing; 2017. p. 17–59.
  47. OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health* [Internet]. Paris: OECD Publishing, Paris; 2017. 304 p. Available from: [oe.cd/tackling-wasteful-spending-on-health](http://oe.cd/tackling-wasteful-spending-on-health)
  48. OECD. *Making Mental Health Count, The social and economics costs of neglecting mental health care* [Internet]. OECD Publishing; 2014. 246 p. Available from: <https://www.oecd.org/publications/making-mental-health-count-9789264208445-en.htm>
  49. Vigo D V, Kestel D, Pendakur K, Thornicroft G, Atun R. Disease burden and government spending on mental , neurological , and substance use disorders , and self-harm : cross-sectional , ecological study of health system response in the Americas. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2018;2667(18):1–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30203-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30203-2)
  50. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model : the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *Br J Psychiatry.* 2013;202:246–8.
  51. World Health Organization. *Organization of services for Mental Health.* Mental Hea. Geneva: World Health Organization; 2003. 75 p.
  52. Knapp M, Lemmi V. The economic case for better mental health. *Annu Rep Chief Med Off 2013, Public Ment Heal Priorities Invest Evidence.* 2014;147–56.
  53. Razzouk D. *Mental Health Economics: The Costs and Benefits of Psychiatric Care.* Razzouk D, editor. Cham, Switzerland: Springer; 2017. 459 p.
  54. Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: Lessons from a systematic review of European experience. *Heal Soc Care Community.* 2011;19(2):113–25.
  55. Zechmeister I. *Mental Health Care Financing in the Process of Change.* Viena: Peter Lang; 2018. 184 p.
  56. Docrat S, Besada D, Cleary S, Lund C. The impact of social , national and

- community-based health insurance on health care utilization for mental , neurological and substance-use disorders in low- and middle-income countries : a systematic review. *Health Econ Rev.* 2020;10(11):1–23.
57. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R, Lewis G. Inequities in Mental Health Care After Health Care System Reform in Chile. *Am J Public Health.* 2006;96(1):109–13.
  58. Docrat S, Lund C, Chisholm D. Sustainable financing options for mental health care in South Africa : findings from a situation analysis and key informant interviews. *Int J Ment Health Syst [Internet].* 2019;13(4):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0260-4>
  59. Knapp M, Funk M, Curran C, Prince M, Grigg M, Mcdaid D. Economic barriers to better mental health practice and policy. *Health Policy Plan.* 2006;21(3):157–70.
  60. Leischow S, Milstein B. Systems Thinking and Modeling for Public Health Practice. *Am J Public Health.* 2006;96(3):403–5.
  61. Holden LM, Holden LM. Complex adaptive systems : concept analysis. *J Adv Nurs.* 2005;56(2):651–7.
  62. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science The challenge of complexity in health care. *Br Med J.* 2001;323:625–8.
  63. Cilliers P. Complexity and postmodernism, understanding complex systems. London UK: Taylor & Francis e-Library; 2002. 167 p.
  64. The Alliance for Health Policy and Systems Research. Alliance for Health Policy and System Research [Internet]. 2021. Available from: <https://ahpsr.who.int/about-us/mission-objectives-principles>
  65. Global Forum for Health Research. Strengthening health systems : the role and promise of policy and systems research. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research; 2004. 121 p.
  66. World Health Organization & Alliance for Health Policy and Systems Research. Sound Choices, Enhancing capacity for evidence-informed health policy. Geneva: World Health Organization; 2007. 168 p.
  67. de Savigny D, Adam T. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva: World Health Organization; 2009. 107 p.
  68. Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. UK: SAGE; 1997. 254 p.
  69. NIHR. <https://www.ramesesproject.org/>. 2021.
  70. Eastwood JG, Jalaludin BB, Kemp LA. Realist explanatory theory building method for social epidemiology : a protocol for a mixed method multilevel study of neighbourhood context and postnatal depression. *Springer Plus [Internet].* 2014;3:1–12. Available from: <http://www.springerplus.com/content/3/1/12>
  71. Eastwood JG, Kemp LA, Garg P, Tyler I, Souza DE De. A Critical Realist Translational Social Epidemiology Protocol for Concretising and Contextualising a “ Theory of Neighbourhood Context , Stress , Depression

- , and the Developmental Origins of Health and Disease ( DOHaD )”, Sydney Austr. Int J Integr Care [Internet]. 2019;19(3):1–13. Available from: <http://www.springerplus.com/content/3/1/12>
72. Salinas-perez JA, Salvador-carulla L, Saldivia S, Grandon P, Minoletti A, Romero C. Integrated mapping of local mental health systems in Central Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1–12.
  73. 2020 EUH. <https://www.pecunia-project.eu/about>. 2021.
  74. REFINEMENT Consortium. <http://www.refinementproject.eu/about.php>. 2021.
  75. Jegers M, Kesteloot K, Graeve D De, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy (New York)*. 2002;60:255–73.
  76. Maceira D. Provider Payment Mechanisms in Health Care : Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries. Major Applied Research 2, Working Paper 2 [Internet]. Bethesda; 1998. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=B023E7F4F8C3705D6806F0FB9D22130B?doi=10.1.1.1090.1013&rep=rep1&type=pdf>
  77. Frank, McGuire. Economics and Mental Health. In: Culyer & Newhouse, editor. *Handbook of Health Economics*. Vol 1B. Elsevier; 2000. p. 893–954.
  78. Dewa S, Hoch JS, Goering P. Using Financial Incentives to Promote Shared Mental Health Care. *Can J Psychiatry*. 2001;46(August):488–95.
  79. Kutzin J. Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage. *Econ Heal Heal Syst*. 2016;267–309.
  80. Palmer S, Torgerson DJ. Economics notes: Definitions of efficiency. *Br Med J*. 1999;318(7191):1136.
  81. Barrio-cortes J, Cura-gonzález I, Martínez-martín M. Grupos de morbilidad ajustados : características y comorbilidades de los pacientes crónicos según nivel de riesgo en Atención Primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2020;52(2):86–95. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.12.007>
  82. Monterde D, Vela E, Clèries M. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*. 2016;48(10):674–82.
  83. Christianson JB, Leatherman S, Sutherland K. Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs: A review of the evidence. Vol. 65, *Medical Care Research and Review*. 2008.
  84. Zaresani A, Scott A. Is the evidence on the effectiveness of pay for performance schemes in healthcare changing? Evidence from a meta-regression analysis. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(175):1–10.
  85. Institute of Medicine. The Promise of Pay for Performance. In: *Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare* [Internet].

Washington DC: The National Academies Press; 2007. p. 32–59. Available from: <https://www.nap.edu/read/11723/chapter/4>

86. Appleby J, Harrison T, Hawkins L, Dixon A. Payment by Results, How can payment systems help to deliver better care? UK: The King's Fund Charity; 2012. 48 p.
87. Goldman HH, Karakus M, Frey W, Beronio K. Financing First-Episode Psychosis Services in the United States. *Psychiatr Serv.* 2013;64(6):6–8.
88. Frank RG, Glied SA, Mcguire TG. Paying for Early Interventions in Psychoses : A Three-Part Model. *Psychiatr Serv.* 2015;66(7):677–9.
89. Portacolone E, Segal SP, Mezzina R, Scheper-hughes N, Okin RL. A Tale of Two Cities : The Exploration of the Trieste Public Psychiatry Model in San Francisco. *Cult Med Psychiatry.* 2015;39:680–97.
90. Yuan B, He L, Meng Q, Jia L. Payment methods for outpatient care facilities ( Review ). *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(3):Art. No.: CD011153.
91. Catalano R, Libby A, Snowden L, Cuellar AE. The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: The Colorado experience. *Am J Public Health.* 2000;90(12):1861–5.
92. Catalano RA, Coffman JM, Bloom JR, Ma Y, Kang SH. The impact of capitated financing on psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):685–90.
93. Michel-lepage A, Ventelou B. The true impact of the French pay-for-performance program on physicians ' benzodiazepines prescription behavior. *Eur J Heal Econ.* 2015;1–10.
94. Girault A, Gervés-Pinquier C, Moisdon JC, Minvielle É. Entre dynamique d'amélioration de la qualité des soins et conformisme administratif: comportements des établissements de santé français face au paiement à la performance ( P4P ) Between the Dynamics of Quality of Care Improvement and the Administrative C. *Healthcare Policy.* 2019;14(3):78–92.
95. Unützer J, Chan Y, Hafer E, Knaster J, Shields A, Powers D. Quality Improvement With Pay-for-Performance Incentives in Integrated Behavioral Health Care. *Am J Public Health.* 2012;102(6):41–5.
96. Garner BR, Godley SH, Dennis ML, Hunter BD, Bair CML, Godley MD. Using Pay for Performance to Improve Treatment Implementation for Adolescent Substance Use Disorders: Results From a Cluster Randomized Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(10):938–44.
97. Rudoler D, de Oliveira C, Cheng J, Kurdyak P. Payment incentives for community-based psychiatric care in Ontario, Canada. *C* 2017. 2017;189(49):1509–16.
98. Puyat JH, Kazanjian A, Wong H, Goldner EM. Is the Road to Mental Health Paved With Good Incentives? Estimating the Population Impact of Physician Incentives on Mental Health Care Using Linked Administrative Data. *Med Care.* 2017;55(2):182–90.

99. Gutacker N, Mason AR, Kendrick T, Goddard M, Gravelle H, Gilbody S, et al. Does the quality and outcomes framework reduce psychiatric admissions in people with serious mental illness? A regression analysis. *BMJ Open*. 2015;5:1–10.
100. Wood WD, Beardmore DF. Prospective Payment for Outpatient Mental Health Services: Evaluation of Diagnosis-Related Groups. *Community Ment Health J*. 1986;22(4):286–91.
101. Tran N, Poss JW, Perlman C, Hirdes JP. Case-Mix Classification for Mental Health Care in Community Settings: A Scoping Review. *Heal Serv Insights*. 2019;12:1–12.
102. Castelpietra G, Simon J, Gutiérrez-Colosía MR, Rosenberg S, Salvador-Carulla L. Disambiguation of psychotherapy: a search for meaning. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2020;1–6. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/47334840\\_Evaluating\\_Mental\\_Health\\_Care\\_and\\_Policy\\_in\\_Spain](https://www.researchgate.net/publication/47334840_Evaluating_Mental_Health_Care_and_Policy_in_Spain)
103. Gutierrez-Colosía M, Hinck P, Simon J, Konnopka A, Fischer C, Mayer S, et al. Magnitude of terminological bias in international health services research: a disambiguation analysis in mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022;31(e59):1–7.
104. Skinner J. Causes and Consequences of Regional Variations in Health Care [Internet]. Vol. 2, *Handbook of Health Economics*. Elsevier B.V.; 2011. 45–93 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-53592-4.00002-5>
105. Garfield RL, Druss BG. Health Reform, Health Insurance, and Mental Health Care. *Am J Psychiatry*. 2012;169(7):675–7.
106. Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org/pais/chile>. 2021.
107. Labarca M. Alcoholismo y cambio social: un programa de Salud Mental Comunitaria en el área sur de Santiago [1968-1973]. In: *Por la salud del cuerpo: historia y políticas sanitarias en Chile* [Internet]. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado; 2008. p. 229–84. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-527062>
108. Ibañez P, Luders R. Hacia una moderna economía de mercado, diez años de política económica, 1973-1983 [Internet]. Valparaíso: Escuela de Negocios de Valparaíso Fundación Adolfo Ibañez; 1984. 74 p. Available from: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-79201.html>
109. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile : 10 años de experiencia. Vol. 18, *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005. p. 346–58.
110. Ministerio de Salud. WHO-AIMS Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe. [Internet]. Santiago de Chile; 2014. Available from: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Ministerio-de-Salud\\_2014\\_Informe-WHO-AIMS-II.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Ministerio-de-Salud_2014_Informe-WHO-AIMS-II.pdf)

111. Mundt AP, Martínez P, Jaque S, Irrarrázaval M. The effects of national mental health plans on mental health services development in Chile: retrospective interrupted time series analyses of national databases between 1990 and 2017. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2022;16(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00519-w>
112. Ministerio de Desarrollo Social y Familia Chile. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) [Internet]. Santiago de Chile; 2017. Available from: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados\\_Salud\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Salud_casen_2017.pdf)
113. Minoletti A, Soto-brandt G, Toro O, Irrarrázaval M, Zanga R. Schizophrenia Treatment Coverage Provided by the Public and Private Health Systems of Chile. *Psychiatr Serv*. 2020;1–4.
114. Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrarrázabal M, Díaz R, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1–7.
115. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Chile: Res.Ex.1286 de 24.10.2017; 2017. 234 p.
116. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión, Red temática de salud mental en la red general de salud. Chile: Res Ex.296 de 06.03.2018; 2018. 381 p.
117. Ministerio de Salud Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS. Reportería de Salud Mental 2014-2020 [Internet]. 2020 [cited 2004 Aug 20]. Available from: <https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/ReporteraProgramaSaludMental2014-2018/ProgramaSaludMental?publish=yes>
118. Minoletti A, Alvarado R, Rayo X. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile. WHO. 2007.
119. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. *World Heal Organ*. 2008;44.
120. Fondo Nacional de Salud. Página Web de FONASA [Internet]. Modalidad de Atención Institucional. 2021. Available from: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/prestadores/modalidad-atencion-institucional>
121. Vergara-iturriaga M, Admon M, Martínez-gutiérrez MS, Sp M, Ms M. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública Mex*. 2006;48(6):512–21.
122. Ministerio de Hacienda. Ley de Presupuestos 2019 Partida 16 [Internet]. Ministerio de Hacienda Gobierno de Chile; 2019. Available from: <http://bibliotecadigital.dipres.gob.cl/bitstream/handle/11626/16567/SALUD.pdf?sequence=30&isAllowed=y>
123. Cea-madrid JC. Gasto público en prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el modelo de salud mental comunitaria en Chile.

- Saúde Soc São Paulo. 2020;29(3):1–13.
124. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. Chile: Res.Ex.323 de 07.03.2018; 2018. 286 p.
  125. Desrosières A. L ' État , le marché et les statistiques. Cinq façons d ' agir sur l ' économie. *Courr des Stat.* 2000;95–96:3–11.
  126. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Segunda ed. USA: SAGE; 2011. 488 p.
  127. Crema E. *Advancing Grounded Theory with Mixed Methods*. 1st ed. USA: Routledge; 2021. 184 p.
  128. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative Inquiry and research designe, Choosing among five approaches*. 4th ed. USA: SAGE; 2017. 488 p.
  129. Glaser BG, Strauss A. *The discovery of grounded theory. Strategies for Qualitative Research*. 2017th ed. New York: Routledge; 1967. 265 p.
  130. Glaser BG, Holton J. *Remodeling Grounded Theory Barney*. *Forum Qual Soc Res* [Internet]. 2004;5(2):Art. 4. Available from: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs040245>.
  131. Babchuk WA. *Pragmatist Grounded Theory: Advancing Mixed Methods for Educational Inquiry*. In: Chang B, editor. *Proceedings of the 34th Annual Research-to-Practice in Adult and Higher Education*. Oklahoma City; 2015. p. 10–6.
  132. Bryant A, Charmaz K. *Mixed Grounded Theory: Merging Grounded Theory with Mixed Methods and Multimethod Research*. In: Bryant A, Charmaz K, editors. *The SAGE Handbook of Current Developments in Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2019. p. 517–31.
  133. Holton J, Walsh JA. *Classic Grounded Theory: Applications With Qualitative and Quantitative Data*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2017.
  134. Guetterman TC, Babchuk WA, Howell Smith MC, Stevens J. *Contemporary Approaches to Mixed Methods–Grounded Theory Research: A Field-Based Analysis*. *J Mix Methods Res.* 2019;13(2):179–95.
  135. Montagni I, Salvador-Carulla L, Mcdaid D, Straßmayr C, Endel F, Näätänen P, et al. *The REFINEMENT Glossary of Terms: An International Terminology for Mental Health Systems Assessment*. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res* [Internet]. 2018;45(2):342–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-017-0826-x>
  136. Douven R, Remmerswaal M, Zoutenbier R. *Do altruistic mental health care providers have better treatment outcomes?* *J Hum Resour.* 2019;54(2):310–41.
  137. Mayer S, Berger M, Konnopka A, Brodsky V, Evers SMAA, Hakkaart-Van Roijen L, et al. *In Search for Comparability: The PECUNIA Reference Unit Costs for Health and Social Care Services in Europe*. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(6).
  138. Preker A. *The Evolution of Health Insurance in Developing Countries*. In:

- Preker A, Scheffler R, Bassett M, editors. Private Voluntary Health Insurance in Development Friend or Foe? Washington DC: The World Bank; 2007. p. 460.
139. Fischer C, Mayer S, Peric N, Simon J, PECUNIA Group. Establishing a comprehensive list of mental health-related services and resource use items in Austria : A national-level , cross- sectoral country report for the PECUNIA project. PLoS One. 2022;17(1):1–22.
  140. Otten D, Tibubos AN, Schomerus G, Brähler E, Binder H, Kruse J, et al. Similarities and Differences of Mental Health in Women and Men: A Systematic Review of Findings in Three Large German Cohorts. Front Public Heal. 2021;9(February).
  141. Pan American Health Organization. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. OPS/OMS, editor. Washington, D.C.; 2020.
  142. Tausch A, Oliveira R, Martínez C, Cayetano C, Barbosa J, Hennis A. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. Lancet Reg Heal – Am. 2022;5(100118).
  143. Irrarrazaval M, Norambuena P, Montenegro C, Toro-Devia O, Vargas B, Caqueo-Urizar A. Public Policy Responses to Address the Mental Health Consequences of the COVID-19 Pandemic: Evidence From Chile. Front Public Heal. 2021;9(590335).
  144. Sepúlveda R, Zitko P, Ramírez J, Markkula N, Alvarado R. Primary care consultation liaison and the rate of psychiatric hospitalizations: A countrywide study in Chile. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2018;42:1–9.
  145. Toro-Devia O, Irrarrazaval M, Rojas M, Alvarado R. Setting the Stage for peer support: the challenge for Chile. In: World Federation for Mental Health WFMH, editor. World Mental Health Day 2020 Mental Health for all: Greater Investment-Greater Access [Internet]. 2020. Available from: [https://wfmh.global/wp-content/uploads/WMHD2020\\_v16\\_resized.pdf](https://wfmh.global/wp-content/uploads/WMHD2020_v16_resized.pdf)



## IX. ANEXOS.

### Anexo 1. Acta de Aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad De Medicina de la Universidad de Chile.



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

#### ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 3.1 corregida 17.11.2020)

Con fecha 09 de Noviembre de 2021, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dr. Manuel Oyarzún G., Médico Neumólogo, Profesor Titular, Presidente  
Dra. Lucia Cifuentes O., Médico Genetista, Profesor Titular, Vicepresidente Subrogante  
Sra. Claudia Marshall F., Educadora, Representante de la comunidad  
Dra. Grisel Orellana, Médico Neuropsiquiatra, Profesor Asociado  
Prof. Julieta González B., Bióloga Celular, Profesor Asociado  
Dra. María Angela Delucchi Bicocchi, Médico Pediatra Nefrólogo, Profesor Titular  
Dr. Miguel O’Ryan, Médico Infectólogo, Profesor Titular  
Dra. María Luz Bascuñán Psicóloga PhD, Profesor Asociado  
Sra. Karima Yarmuch G., Abogada, Dirección Jurídica, Facultad de Medicina  
Sra. Javiera Cobo R., Nutricionista, Secretaria Ejecutiva  
Prof. Verónica Aliaga C., Kinesióloga, Magister en Bioética, Profesor Asociado  
Dr. Dante Cáceres L., Médico Veterinario, Doctor en Salud Pública, Profesor Asociado

Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: “**INCENTIVOS AL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA: MECANISMOS DE PAGO HACIA LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA**”. Cuyo investigador responsable es la Dra. Olga Toro, quien desempeña funciones en la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

El Comité revisó los siguientes documentos del estudio:

- Proyecto de Tesis de Doctorado en Salud Pública
- Curriculum Vitae de los investigadores
- Consentimiento Informado
- Carta de compromiso de colaboración del Departamento de Salud Mental del MINSAL
- Carta Compromiso del investigador para comunicar los resultados del estudio una vez finalizado este

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

09/NOV/2021



Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl



**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA**  
**COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

Sobre la base de esta información el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los aspectos del proyecto que a continuación se señalan:

- a) **Carácter de la población a estudiar:** Se estudiarán Centros comunitarios de salud mental. La población a estudiar es cautiva, no es un estudio clínico ni busca evaluar resultados terapéuticos.
- b) **Utilidad del proyecto:** Alta utilidad. Los resultados pueden ser muy valiosos para mejorar las formas de pagos y resultados del trabajo en salud mental del sistema público de salud
- c) **Riesgos y beneficios:** No implica riesgos. Si puede tener importantes beneficios, si los eventuales resultados son considerados por los decisores.
- d) **Protección de los participantes (asegurada por el consentimiento informado):** Protección asegurada.
- e) **Notificación oportuna de reacciones adversas:** No aplica.
- f) **Compromiso del investigador responsable en la notificación de los resultados del estudio al finalizar el proyecto:** Si.
- g) **Requiere seguimiento o visita en terreno:** Si  No   
N.º de vistas: \_\_\_\_\_

Por lo tanto, el comité estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó los correspondientes documentos de Consentimiento Informado en su versión original recibida el 23 de septiembre de 2021, que se adjunta firmado, fechado y timbrado por este CEISH.

Sin perjuicio de lo anterior, según lo establecido en el artículo 10 bis del D.S N° 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley N° 20.120; es preciso recordar que toda investigación científica en seres humanos deberá contar con la autorización expresa del o de los directores de los establecimientos dentro de los cuales se efectúe, la que deberá ser evacuada dentro del plazo de 20 días hábiles contados desde la evaluación conforme del

09/NOV/2021



Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl



**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

CEISH, siendo de responsabilidad del investigador enviar a este Comité una copia de la misma dentro del plazo señalado.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de **04** años a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

**Lugar de realización del estudio:**

- Centro de Salud Mental Comunitaria.

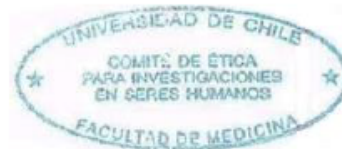
JAVIERA DE LOS  
ANDES COBO RIVEROS

**Nta. Javiera Cobo Riveros  
Secretaria Ejecutiva CEISH**

Santiago, 09 de Noviembre 2021

Proyecto: N° 150-2021  
Archivo acta: N° 103

09|NOV|2021



---

*Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl*

---

## Anexo 2. CSMC vigentes al 2020, según región, Servicio de Salud, comuna y dependencia administrativa.

<b>CSMC vigentes al 2020 según ubicación regional, de Servicio de Salud, comunal y dependencia administrativa</b>				
<b>Nombre Oficial</b>	<b>Región del país</b>	<b>Servicio de Salud</b>	<b>Comuna</b>	<b>Dependencia Administrativa</b>
COSAM Norte - ESSMA Norte	Región De Arica Parinacota	Servicio de Salud Arica	Arica	Servicio de Salud
ESSMA Sur de Arica	Región De Arica Parinacota	Servicio de Salud Arica	Arica	Servicio de Salud
COSAM Dr. Jorge Seguel Cáceres	Región De Tarapacá	Servicio de Salud Iquique	Iquique	Servicio de Salud
COSAM Salvador Allende	Región De Tarapacá	Servicio de Salud Iquique	Iquique	Servicio de Salud
COSAM Enrique París	Región De Tarapacá	Servicio de Salud Iquique	Alto Hospicio	Servicio de Salud
COSAM Calama	Región De Antofagasta	Servicio de Salud Antofagasta	Calama	Servicio de Salud
COSAM Sur de Antofagasta	Región De Antofagasta	Servicio de Salud Antofagasta	Antofagasta	Servicio de Salud
COSAM Central	Región De Antofagasta	Servicio de Salud Antofagasta	Antofagasta	Servicio de Salud
COSAM Norte	Región De Antofagasta	Servicio de Salud Antofagasta	Antofagasta	Servicio de Salud
COSAM Tierras Blancas (CESAM)	Región De Coquimbo	Servicio de Salud Coquimbo	Coquimbo	Servicio de Salud
CESAM Illapel	Región De Coquimbo	Servicio de Salud Coquimbo	Illapel	Hospital
CESAM Punta Mira	Región De Coquimbo	Servicio de Salud Coquimbo	Coquimbo	Hospital
CESAM Las Compañías	Región De Coquimbo	Servicio de Salud Coquimbo	La Serena	Hospital
CESAM Ovalle	Región De Coquimbo	Servicio de Salud Coquimbo	Ovalle	Hospital
COSAM Domingo Asún Salazar	Región De Valparaíso	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	Valparaíso	Servicio de Salud
COSAM Casa Azul	Región De Valparaíso	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	San Antonio	Hospital
COSAM Infante juvenil 21 de Mayo	Región De Valparaíso	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	San Antonio	Hospital
COSAM y Psiquiatría Comunitaria Concón	Región De Valparaíso	Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	Concón	Municipal
COSAM Limache	Región De Valparaíso	Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	Limache	Servicio de Salud
COSAM La Calera	Región De Valparaíso	Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	La Calera	Servicio de Salud
COSAM San Felipe	Región De Valparaíso	Servicio de Salud Aconcagua	San Felipe	Servicio de Salud

COSAM Los Andes	Región De Valparaíso	Servicio de Salud Aconcagua	Los Andes	Servicio de Salud
COSAM Independencia	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Norte	Independencia	Municipal
COSAM Conchalí	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Norte	Conchalí	Municipal
COSAM Huechuraba	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Norte	Huechuraba	Municipal
COSAM Recoleta	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Norte	Recoleta	Municipal
COSAM Quilicura	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Norte	Quilicura	Municipal
COSAM Colina	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Norte	Colina	Municipal
COSAM Lampa	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Norte	Lampa	Municipal
COSAM Til Til	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Norte	Til Til	Municipal
COSAM Cerro Navia	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Cerro Navia	Municipal
COSAM Quinta Normal	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Quinta Normal	Municipal
COSAM Lo Prado	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Lo Prado	Municipal
COSAM Municipal de Pudahuel	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Pudahuel	Municipal
COSAM Pudahuel - CODESAM	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Pudahuel	Otra Institución
COSAM Talagante	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Talagante	Municipal
COSAM Peñaflo	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Peñaflo	Municipal
COSAM Melipilla	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Melipilla	Municipal
COSAM Renca	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Renca	Municipal
Centro Comunitario de Salud Mental Pudahuel	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Pudahuel	Municipal

COSAM Estación Central	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Central	Estación Central	Municipal
COSAM Maipú	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Central	Maipú	Municipal
COSAM Cerrillos	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Central	Cerrillos	Municipal
COSAM Santiago	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Central	Santiago	Municipal
COSAM La Reina	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	La Reina	Municipal
COSAM Macul	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Macul	Municipal
COSAM Nuñoa	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Nuñoa	Municipal
COSAM Las Condes	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Las Condes	Municipal
COSAM Peñalolén	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Peñalolén	Municipal
COSAM Providencia	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Providencia	Municipal
COSAM Lo Barnechea	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Lo Barnechea	Municipal
COSAM Vitacura	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Vitacura	Municipal
COSAM El Bosque	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur	El Bosque	Municipal
COSAM Pedro Aguirre Cerda	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur	Pedro Aguirre Cerda	Municipal
COSAM San Bernardo	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur	San Bernardo	Municipal
COSAM San Joaquín	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur	San Joaquín	Municipal
COSAM Lo Espejo	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur	Lo Espejo	Municipal
COSAM Paine	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur	Buín	Hospital
COSAM La Bandera	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud	San Ramón	Municipal

		Metropolitano Sur Oriente		
COSAM La Rinconada	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	San Ramón	Municipal
COSAM La Granja	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	La Granja	Municipal
COSAM La Pintana	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	La Pintana	Municipal
COSAM La Florida	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	La Florida	Municipal
COSAM Puente Alto	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Puente Alto	Municipal
COSAM Pirque	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Pirque	Municipal
COSAM CEIF Centro	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Puente Alto	Municipal
COSAM San José de Maipo	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	San José de Maipo	Servicio de Salud
COSAM CEIF Puente Alto Norte	Región Metropolitana de Santiago	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Puente Alto	Municipal
COSAM Centro 1 de Rancagua	Región Del Libertador Gral. B. O'Higgins	Servicio de Salud Del Libertador B. O'Higgins	Rancagua	Servicio de Salud
COSAM Santa Cruz	Región Del Libertador Gral. B. O'Higgins	Servicio de Salud Del Libertador B. O'Higgins	Santa Cruz	Municipal
COSAM Centro 2 de Rancagua	Región Del Libertador Gral. B. O'Higgins	Servicio de Salud Del Libertador B. O'Higgins	Rancagua	Servicio de Salud
COSAM Norte Graneros	Región Del Libertador Gral. B. O'Higgins	Servicio de Salud Del Libertador B. O'Higgins	Graneros	Servicio de Salud
COSAM Sur Doñihue	Región Del Libertador Gral. B. O'Higgins	Servicio de Salud Del Libertador B. O'Higgins	Doñihue	Servicio de Salud
COSAM de Linares	Región Del Maule	Servicio de Salud Del Maule	Linares	Servicio de Salud
COSAM Del Maule	Región Del Maule	Servicio de Salud Del Maule	Talca	Servicio de Salud
COSAM Ayelén	Región Del Maule	Servicio de Salud Del Maule	Constitución	Servicio de Salud
COSAM Curicó	Región Del Maule	Servicio de Salud Del Maule	Curicó	Servicio de Salud
COSAM Chillán	Región De Ñuble	Servicio de Salud Ñuble	Chillán	Municipal
COSAM San Carlos	Región De Ñuble	Servicio de Salud Ñuble	San Carlos	Servicio de Salud

COSAM Ñuble	Región De Ñuble	Servicio de Salud Ñuble	Chillán	Servicio de Salud
COSAM de Coronel	Región Del Biobío	Servicio de Salud Concepción	Coronel	Otra Institución
COSAM Comunitaria Lota	Región Del Biobío	Servicio de Salud Concepción	Lota	Servicio de Salud
COSAM Concepción	Región Del Biobío	Servicio de Salud Concepción	Concepción	Hospital
COSAM San Pedro de la Paz	Región Del Biobío	Servicio de Salud Concepción	Concepción	Hospital
COSAM Hualpén	Región Del Biobío	Servicio de Salud Talcahuano	Hualpén	Servicio de Salud
Centro Comunitario de Salud Mental Los Cerros	Región Del Biobío	Servicio de Salud Talcahuano	Talcahuano	Servicio de Salud
COSAM Curanilahue	Región Del Biobío	Servicio de Salud Arauco	Curanilahue	Servicio de Salud
COSAM Lebu	Región Del Biobío	Servicio de Salud Arauco	Lebu	Servicio de Salud
COSAM Cañete	Región Del Biobío	Servicio de Salud Arauco	Cañete	Servicio de Salud
COSAM de Arauco	Región Del Biobío	Servicio de Salud Arauco	Arauco	Servicio de Salud
COSAM Amanecer	Región De La Araucanía	Servicio de Salud Araucanía Sur	Temuco	Servicio de Salud
CECOSAM Temuco	Región De La Araucanía	Servicio de Salud Araucanía Sur	Temuco	Servicio de Salud
COSAM Padre Las Casas	Región De La Araucanía	Servicio de Salud Araucanía Sur	Padre Las Casas	Servicio de Salud
CECOSAM Imperial	Región De La Araucanía	Servicio de Salud Araucanía Sur	Nueva Imperial	Hospital
CECOSAM Lautaro	Región De La Araucanía	Servicio de Salud Araucanía Sur	Lautaro	Hospital
CECOSAM Pitrufquén	Región De La Araucanía	Servicio de Salud Araucanía Sur	Pitrufquén	Hospital
COSAM Comunitario Las Ánimas	Región De Los Ríos	Servicio de Salud Valdivia	Valdivia	Servicio de Salud
COSAM Angachilla	Región De Los Ríos	Servicio de Salud Valdivia	Valdivia	Servicio de Salud
COSAM Rahue	Región De Los Lagos	Servicio de Salud Osorno	Osorno	Servicio de Salud
COSAM Oriente	Región De Los Lagos	Servicio de Salud Osorno	Osorno	Servicio de Salud
COSAM Puerto Montt	Región De Los Lagos	Servicio de Salud Del Reloncaví	Puerto Montt	Servicio de Salud
COSAM de Reloncaví	Región De Los Lagos	Servicio de Salud Del Reloncaví	Puerto Montt	Servicio de Salud
COSAM Coyhaique	Región De Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Servicio de Salud Aysén	Coyhaique	Servicio de Salud
COSAM Punta Arenas	Región De Magallanes y de la Antártica Chilena	Servicio de Salud Magallanes	Punta Arenas	Municipal



**ANEXO 3. TABLA DE INTEGRACIÓN MIXTA SELECTIVA PARA IDENTIFICAR LOS ELEMENTOS TEÓRICOS QUE DESCRIBEN LA RELACIÓN ENTRE LOS MECANISMOS DE PAGO Y EL MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LOS CSMC.**

Tabla de integración mixta selectiva para identificar los elementos teóricos que describen la relación entre los mecanismos de pago y el modelo de salud mental comunitaria en los CSMC.

\*Los números en el inicio de los párrafos indican la variable que expresan de acuerdo con la enumeración de las variables identificadas en las Tablas 45-46-47-48 del informe final.

Componentes del sistema	Expresión del modelo de salud mental comunitaria en el CSMC en las políticas.	Expresión de las variables identificadas en el estudio.			
		Contexto	Prácticas, recursos y procesos institucionales	Creencias y juicios valóricos colectivos	Relaciones entre usuario, proveedor y pagador
Personas usuarias	Incentiva adherencia a tratamientos.	<p>1. La determinación social de las enfermedades mentales, debido a la privación social, económica, nutricional, entre otras, que tensiona la posibilidad de tratamientos integrales en los CSMC.</p> <p>1. Inflación que encarece la vida y por tanto hace insostenible el gasto de bolsillo para mantener los tratamientos, por ejemplo, no poder costear el traslado o medicamentos no cubiertos.</p> <p>3. Dificultad de transporte para asistir al tratamiento, de las personas que viven alejadas de los CSMC, cuando no se considera el subsidio al transporte de la persona usuaria, se</p>	<p>11. Los CSMC establecen un funcionamiento tradicional en un horario diurno acotado. Las personas que trabajan finalmente tienen una barrera de acceso y terminan descontinuoando los tratamientos los trabajos. Esto resultó contradictorio con el modelo comunitario que pretende favorecer la inclusión laboral de las personas con discapacidad psíquica.</p> <p>23. Los mecanismos de pago no consideran la importancia de asegurar apoyos económicos a las personas usuarias, en particular apoyo económico para</p>		

		convierte en barrera geográfica para el acceso a atención causando el abandono de los tratamientos o tratamientos parciales.	asegurar el transporte al CSMC.		
	Incentiva participación de personas usuarias y sus familias en los procesos de recuperación integral.		8. y 10. La provisión no genera intervenciones a favor de la participación en dos niveles, la falta de participación asociativa que vincula intervenciones de promoción y prevención, y la débil participación de las familias en los procesos de tratamiento.		
Provisión	CSMC otorga una variedad amplia de actividades: - Para todos los trastornos mentales y factores de riesgo psicosocial.	16.El presupuesto público para los CSMC construido a partir de un conjunto desarticulado de esquemas de pago implementados heterogéneamente provoca una selección de atención de ciertos diagnósticos que otorgan cierto rédito financiero, cuando su arancel es mayor y las exigencias de cumplimiento de prestaciones se reducen a	1.Se estima una tasa de 0.7 CSMC por 100.000 beneficiarios del FONASA, en tanto que la política señala la meta de 1x50.000 habitantes. El 86% de los SS cuentan con CSMC. El 25% de las comunas cuentan con CSMC, 77% de las comunas con más de 50 mil habitantes.		5. y 7. En la actual institucionalidad falta definir un responsable de la elaboración del plan de salud que se deberá financiar para salud mental. El pagador no ha asumido la responsabilidad de definir políticamente qué es lo que está dispuesto a financiar. En las interacciones con el componente de

		<p>la consulta médica o al retiro de fármacos.</p> <p>2. Aumento significativo de población migrante en riesgo social en algunas regiones, que se asocia con mayor demanda de atención de salud y salud mental que la habitual.</p> <p>5. Alta prevalencia de las enfermedades mentales, causa alta demanda de atención.</p> <p>6. Percepción de que las personas usuarias de los CSMC tienen un mayor daño del esperado, causando mayor intensidad y recursos para la atención.</p> <p>4. El envejecimiento poblacional está afectando la estructura etaria de las personas usuarias, la población mayor tiene necesidades que son nuevas para los CSMC.</p> <p>11. Contexto de privación sociocultural, socioeconómico y de</p>	<p>1. En 17 CSMC seleccionados se estimó una tasa de ingresos al CSMC por cada 1000 beneficiarios del FONASA que varía incrementándose entre 3.6 y 8.2 en el período 2010-2018. En 2018 se estimó una proporción similar de mujeres y hombres, el 60% fueron adultos entre 20-64 años, 25% entre 10-19, 10% menores de 10 años y 6% mayores de 65 años. El 27% fue por motivo trastornos del humor, 20% trastornos de comienzo habitual en la infancia, 19% trastornos asociados al uso de drogas, 15% trastornos ansiosos, 10% violencia intrafamiliar, 2% esquizofrenia, y 2% demencias. En una selección de 24 CSMC se estimó una tasa promedio de población bajo control en CSMC de 25x1000 beneficiarios del</p>		<p>“financiación” emerge la observación que las canastas de prestaciones que ha construido el pagador, han carecido del respaldo de expertos y recomendaciones desde la evidencia, pues los técnicos suelen terminar recomendando las prácticas que ellos hacen. Los profesionales de la salud mental no han asumido la responsabilidad de construir los paquetes de servicios que deben proveer los CSMC.</p>
--	--	---	---	--	--

		inseguridad ciudadana de los territorios en los que se ubican las instalaciones de los CSMC, provocan escenario de mayor riesgo para la atención.	FONASA, entre 2010-2018. En 2018 el 56% eran mujeres.  1.En los CSMC se atienden todos los grupos etarios y muchos problemas de salud mental.		
	CSMC otorga una variedad amplia de actividades: - Mezcla de atención individual, grupal, en el territorio asignado e intervenciones intersectoriales.		3.En una selección de 48 CSMC se observó que entre 2010-2016 alrededor del 85% de las actividades eran prestaciones individuales realizadas dentro de las instalaciones del CSMC. Entre los años 2017 y 2018 fue 70%. Las prestaciones grupales dentro del centro apenas representaron entre un 2% y 3% de las prestaciones. Las actividades grupales fuera del centro que hasta 2016 no superaban el 9% de las prestaciones, a partir del 2017 bordean el 25% del total. En 2018 se estimó una tasa de 6.4 prestaciones por		

			<p>persona bajo control, y 4.3 correspondió a prestaciones individuales en box.</p> <p>7. Se destaca la posibilidad de contar con móvil para traslado a actividades en terreno, como la visita domiciliaria.</p> <p>3. Heterogeneidad en la posibilidad de realizar intervenciones comunitarias además de las consultas individuales, dependiendo en parte de la dependencia administrativa de cada CSMC. Pareciera que aquellos dependientes de municipio tienen cierta mayor flexibilidad para incorporarlas. En cualquier caso, las intervenciones se realizan bajo el riesgo de asumir el costo por parte del proveedor dada la falta de cobertura financiera percibida. Según la dependencia</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>administrativa de los CSMC, 43 de ellos dependen del Servicio de Salud (41%), 47 tienen dependencia municipal (45%) y 12 están administrativamente anidados en un hospital (11,5%). Hay dos CSMC que registran dependencia privada sin fines de lucro que es financiada con fondos públicos.</p> <p>3. Las intervenciones comunitarias con las organizaciones territoriales y de usuarios es discrecional por parte de los CSMC, dado que estas acciones requieren una organización distinta del horario del recurso humano, fuera del horario diurno habitual de este tipo de proveedores ambulatorios, lo que implica un costo adicional y no están incentivadas las estrategias de</p>		
--	--	--	--	--	--

			participación desde lo financiero.		
	Intervenciones orientadas a la recuperación integral, resolutivez y evitar cronicidad.		3.La tasa de egresos del CSMC es inferior a la tasa de ingresos. En 17 CSMC seleccionados se estimó que la diferencia entre la tasa de ingresos y egresos llegó a 5:1 en 2018. En 2019 la diferencia bajó a 4:1 pero fundamentalmente debido a la disminución de ingresos. 3. Cuando los mecanismos de pago exigen permanencia de los usuarios para acceder a los tratamientos, por ejemplo, cierto arsenal farmacológico, finalmente termina ocurriendo un proceso de cronificación en los CSMC, lo que resulta contrario al modelo comunitario.		
	Intervenciones basadas en evidencia.	22. La diversidad geográfica implica considerar distintas			



		<p>cosmovisiones frente a la salud mental, lo que se observa en zonas rurales y en pueblos originarios.</p> <p>22. Ciencia avanza en nuevas intervenciones en salud sin que necesariamente se estén revisando las bases valóricas del modelo de atención.</p> <p>23. Inexistencia de una cultura de “lo comunitario” dentro de los propios usuarios.</p> <p>9. En la formación universitaria se desconocen los propósitos, conceptos o instrumentos para el desempeño en el marco del modelo comunitario. Los profesionales no se forman a favor de la salud mental comunitaria.</p>			
	<p>Servicios que articulan cuidados compartidos y continuidad de la atención con otros niveles del subsistema de salud mental.</p>	<p>13. El “estallido social” en 2019 y la pandemia COVID-19 son contextos de emergencia sanitaria, que causaron interrupción de la atención en los CSMC. En 17 CSMC</p>	<p>4. y 6. En una selección de 48 CSMC se estimó que entre 2010-2019 las consultorías representaron una baja proporción, y fue</p>		

		seleccionados se estimó que la tasa de ingresos por 1000 beneficiarios decayó de 8.2 en 2018, a 7.2 en 2019 y 4.2 en 2020.	disminuyendo en el curso de los años desde un 1,8% en 2010 hasta alcanzar un 0,3% de las prestaciones en 2019. 6. Se describe el no pago de la consultoría de salud mental si es que ésta no es realizada por psiquiatra. 4. Se desconoce que los trastornos mentales requieren cuidados integrales. Cuando los casos son muy complejos se requiere atención compartida entre varios dispositivos de atención, de distintos niveles, y los mecanismos de pago han restringido esta posibilidad. Por otra parte, hay acciones que no se contemplan, como la intervención en crisis o el seguimiento de los pacientes.		
Medicamentos y tecnologías	Cuenta con un arsenal psicofarmacológico esencial		12. Desarrollo de mejores arsenales farmacológicos para las enfermedades		4.Heterogeneidad en la participación de psiquiatras en los comités de farmacia.

			mentales, aunque cuando hay algún medicamento indicado por el psiquiatra que está incorporado en el arsenal suele ser engorroso que la autoridad autorice su compra especial.		
	Incorpora tecnologías de la información para atención de salud remota y seguimiento		2.En el contexto de pandemia los profesionales incorporaron atención remota para mantener cierta continuidad de los tratamientos. Los trabajadores comunitarios incorporaron seguimiento telefónico para seguimiento y contención.		
Recursos Humanos	Orientados a la realización de intervenciones biopsicosociales			1.Alta motivación y compromiso de los equipos que trabajan en los CSMC. Creencia de que los centros funcionan gracias al compromiso de quienes trabajan en él. Esto es desincentivado a causa de ciertas condiciones laborales y limitación en las	
	Orientados hacia la recuperación integral y autonomía de las personas usuarias				
	Orientados para realizar intervenciones territoriales	3.Dificultad de transporte para asistir al tratamiento, de las personas que viven alejadas de los CSMC, cuando no se considera el subsidio al transporte del RRHH para hacer trabajo			

		territorial, se convierte en barrera geográfica para el acceso a atención causando el abandono de los tratamientos o tratamiento parciales.		<p>posibilidades de desarrollo profesional.</p> <p>4. Los trabajadores comunitarios son quienes mantienen el vínculo cercano con las personas usuarias en su comunidad. También se activa la creencia, que cuando el personal adecúa sus actividades en sintonía con las principales necesidades de las personas usuarias entonces se establece un vínculo con el personal. Juicio que los médicos psiquiatras sólo tienen capacidades para diagnosticar y prescribir medicamentos, en desmedro de procesos terapéuticos integrales. Juicio de que el quehacer clínico se esté convirtiendo en un proceso ejecutivo pero indolente con las personas usuarias y poco efectivo. Se activa la idea de que el personal clínico ha</p>	
--	--	---	--	---	--

				tenido la autonomía para decidir cómo hace sus intervenciones, y eso ha sido a partir de preferencias personales y no de un trabajo colectivo.	
	Conformación de equipos multiprofesionales	7. Bajo nivel de remuneraciones del sistema de salud causan alta rotación del recurso humano. 7. Mercados especulativos de las remuneraciones de los médicos especialistas, son una barrera para cerrar brecha de psiquiatras en el sistema público.	17. Cuando el CSMC es de administración municipal la voluntad política de la autoridad de turno puede apoyar financiando las contrataciones de profesionales requeridos. Los mecanismos asociados a convenios con el intersector activan la contratación en modalidad de honorarios, que es una modalidad laboral precaria para el personal e inestable para el CSMC. Se activa contratar más personal cuando vienen definidos formalmente los cargos desde el Ministerio de Salud pues vendría con respaldo presupuestario para pagar las	2. Limitación para trabajar multidisciplinariamente. Creencia que los incentivos financieros limitados para el trabajo multiprofesional y comunitario han estado supeditados al mayor poder de los médicos y a la debilidad del poder de otros profesionales de la salud mental.  3. La contratación de personal se produce por la vía que sea una oportunidad sin ninguna orgánica. Cuando existe realmente la posibilidad de contar con procesos de selección del personal genuinos permite obtener equipos comprometidos y	8. La responsabilidad de definir la dotación del personal es en realidad del pagador cuando se define por dotación máxima de cargos.
	Incorporación de técnicos en rehabilitación psicosocial y en drogodependencias	8. Falta de claridad de la relación coherente entre las leyes vigentes sobre regulación contractual del RRHH y los mecanismos de pago causan diferentes condiciones de estabilidad laboral causando alta rotación del recurso humano.			

			<p>remuneraciones, y no necesariamente como consecuencia del nivel de producción de cubren los mecanismos de pago. Heterogeneidad en las formas de contratación de los CSMC, en particular por los sistemas diferentes de administración de estos centros.</p> <p>2. En el sistema de registro administrativo nacional de los CSMC se identifica la participación de un equipo multiprofesional. En una selección de 48 CSMC se estimó que más de la mitad de las actividades individuales son realizadas por psicólogo (66,7% de las prestaciones en 2010 hasta un 50% en 2020). Las prestaciones individuales realizadas por el trabajador/a social (control) han bordeado el 15% y</p>	<p>capaces de llevar adelante la misión de los CSMC. Sin embargo, ello no sería posible debido a las bajas remuneraciones ofrecidas o bien a la poca oferta de profesionales en el caso de los psiquiatras. Aunque el intersector asigne recursos para salud mental, no hay un enfoque intersectorial dado que ellos entregan dinero sin responsabilidad administrativa sobre la contratación del personal generando precarización del trabajo.</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>16%. Las prestaciones individuales realizadas por terapeuta ocupacional se mantuvieron creciendo desde un 9,3% en 2010 hasta un 12,9% en 2019. Las prestaciones individuales de enfermero/a oscilaron entre el 2,8% y el 4,4%. Los controles realizados por técnico/a de enfermería ha variado en el transcurso de los años alcanzando un máximo de 3,1% en 2011 hasta ninguna registrada en 2015. Para los años 2019 y 2020 se mantuvo en un 0,9% de las prestaciones individuales. En 2017 se incorporó al registro REM los controles del técnico en enfermería especialista en trastorno por uso de drogas, que desde ese momento ha bordeado el 8% del total de prestaciones individuales. Respecto</p>		
--	--	--	--	--	--

			de la psicoterapia familiar y grupal son realizadas sobre un 96% de las veces por el psicólogo/a. 18. Programación de la actividad de los profesionales asegurando cierto rendimiento y capacidad de intervenciones por parte del CSMC.		
	Incorporación de agentes comunitarios formados en salud mental		19. y 16. En una selección de 48 CSMC se observó que en 2017 se incorporó el registro administrativo de las prestaciones individuales realizadas por “gestor comunitario”, siendo la proporción más baja de las realizadas por diversos integrantes del equipo, alcanzando en 2020 un 0.25% de las prestaciones individuales.		3. Deber que tienen los trabajadores comunitarios de formarse como tales, existiendo coincidencia sobre este aspecto en el modelo de gestión de la red temática de salud mental del Ministerio de Salud y las organizaciones de la sociedad civil. Esto activa el problema acerca de quién es el responsable de definir y nombrar el rol de los trabajadores comunitarios, pues los expertos usuarios que son también expertos trabajadores quieren tener responsabilidad en esa discusión.
	Incorporación de trabajadores pares en particular para el tratamiento de personas con trastornos mentales severos o discapacidad psicosocial.		19. y 16. Se financian grupos de autoayuda conducidos por trabajadores comunitarios, aunque		



			<p>en forma heterogénea en los CSMC.</p> <p>19. y 16. Importancia de que los CSMC cuenten con trabajadores comunitarios, que contribuyen efectivamente al seguimiento y contención de pacientes durante la pandemia Covid-19 cuando los servicios fueron interrumpidos</p>		<p>10.La incorporación de los trabajadores comunitarios introduce relaciones de poder horizontal con las personas usuarias. Los trabajadores comunitarios asumen la responsabilidad de conocer el territorio de la población en donde se ubica el CSMC. La incorporación de trabajadores comunitarios a develado las relaciones de poder jerárquicas con los profesionales del equipo.</p>
Gobernanza	Promueve la participación de las personas usuarias en el desarrollo del CSMC.	<p>14.Aun cuando el FONASA ha constituido Consejos Regionales con participación de usuarios y la comunidad, la salud mental no ha sido priorizada o puesta en su agenda.</p> <p>17. Las políticas de participación han impulsado la realización de cuentas públicas por</p>	<p>9.En una selección de 48 CSMC se estimó que alrededor del 2% de las actividades grupales se registraron como trabajo con organizaciones sociales de usuarios y familiares entre 2017-2020.</p> <p>20. La existencia de organizaciones sociales activa ciertos grados de articulación</p>	<p>8.Activa la idea que el pagador espera ahorrar esperando que las comunidades tengan la iniciativa de hacer intervenciones para atender a las personas usuarias. La lógica de elaboración de los presupuestos carece de un enfoque de participación, por tanto, no lo promueve.</p>	<p>1.Las organizaciones sociales han asumido la responsabilidad de conseguir fondos para contar con servicios que son propios de los CSMC.</p> <p>14.Propuesta al proveedor de incorporar expertos por experiencia responsables de asesorar a los CSMC</p>

		<p>parte de los diversos niveles de gestión del sistema de salud, sin embargo, en esas instancias no se ha transparentado el uso de recursos destinados a salud mental.</p> <p>21. Desconocimiento, estigma, prejuicio y discriminación de las personas usuarias, incluso dentro de la misma organización del sistema de salud.</p> <p>14. Existe una relación instrumental del proveedor y del pagador con las organizaciones de la sociedad civil, que impide que éstas tengan el poder de influir realmente en la toma de decisiones sobre financiamiento en salud mental. Deben sensibilizar a los gobiernos de turno sobre los problemas de salud mental.</p>	<p>con los CSMC a favor de la salud mental, dado que está señalado en las políticas de salud mental, en particular en los documentos de modelo de gestión de los CSMC. Se activan acciones de demanda de recursos por parte de organizaciones de usuarios y familiares, evidenciando una asignación discrecional de la autoridad de turno a nivel municipal. También al señalar que cuando las organizaciones sociales tienen personalidad jurídica se activan proyectos para mejorar las condiciones de atención dentro de los propios CSMC.</p> <p>8. Se reitera las dificultades para promover la participación social y comunitaria dado que no es priorizada en el financiamiento, lo que provoca que no respondan a las</p>		<p>en virtud de la Ley 21331 para mejorar sus prácticas.</p> <p>15. Hay un uso instrumental de las organizaciones de usuarios negándoles poder real, y no hay delegación real de poder como fondo de la falta de estrategias y actividades de participación de parte de los CSMC.</p>
--	--	--	---	--	---

			<p>necesidades de la población en materia de acciones de promoción o prevención que suele ser requerido.</p> <p>20. Las organizaciones de la sociedad civil, en particular aquellas que agrupan a usuarios de servicios de salud mental y a familiares, pueden llegar a tener un rol activo para mejorar la implementación del modelo comunitario en los CSMC. Plantearon que si esto no se acompaña de lógicas de financiación coherentes muchas veces la labor de las agrupaciones se vive con tensión con los propios centros. Se han interpretado las acciones como un activismo denunciante molesto para los CSMC o como instrumentalización de la participación para las agrupaciones</p>		
	Promueve la participación de las personas usuarias en las		10. El debilitamiento de las estrategias		

	decisiones que comprometen sus tratamientos.		comunitarias y la concentración en los diagnósticos trajo consigo la mantención de lógicas de relación jerárquicas y de poder entre los equipos de salud y los usuarios. Los mecanismos de pago trajeron consigo la mantención de la subalternidad en la relación con los usuarios, afectando los procesos de recuperación.		
	Incentiva el respeto de los derechos humanos de las personas con trastorno mental y realiza abogacía.				
	Incentiva la gestión clínica.		13.El financiamiento no ha considerado que es necesario realizar acciones de gestión clínica como parte de las intervenciones o planes de tratamiento, y tampoco esas actividades son registradas.		2.Heterogeneidad en la participación de psiquiatras en los comités de farmacia. el gasto que se realizará en medicamentos es responsabilidad del médico respaldando con evidencia su decisión. Se espera que los profesionales tengan la responsabilidad de responder a las contingencias en conformidad con las competencias propias de la formación, aunque se cuestionan los límites de esa

					<p>responsabilidad cuando las deficiencias son de la organización. También se señala que se otorga al médico psiquiatra el poder de “especialista” ubicándolo en una relación jerárquica. Los sistemas de información no reflejan la responsabilidad de los CSMC de acompañar con intervenciones de gestión de caso indirectas junto a las intervenciones directas con personas usuarias, siendo sólo esto último lo que se captura como información.</p> <p>11. El deber de los directivos de los CSMC es supervisar que se cumpla efectivamente las tareas comprometidas de los profesionales a su cargo, implica controlar la productividad del rendimiento de los profesionales.</p>
--	--	--	--	--	--

	<p>Incentiva la rendición de cuentas como práctica sistemática.</p>	<p>14. Existe mucha desinformación sobre la salud mental que dificulta la comprensión de la importancia de su financiamiento.</p> <p>15. Debido a la falta de una política clara de financiamiento de los CSMC el pagador no asume alguna responsabilidad al respecto.</p> <p>10. En el sistema de salud hay frecuentes cambios en las jefaturas superiores careciendo el sistema del deber de hacer procesos de inducción sobre salud mental.</p> <p>15. Existe un problema de roles en la definición de responsabilidades que le competen al pagador y al proveedor, que no está claro.</p>	<p>15. Dependencia administrativa heterogénea de los CSMC. 41% del SS; 45% municipal; 11.5% de hospital; 2 privados sin fin de lucro en convenio con SS.</p>	<p>10. Juicio que los tomadores de decisión se supeditan al juicio político sobre las urgencias en salud, relegando a la salud mental por un factor de prioridad política y no sanitaria. Se activa el juicio de que la salud mental tendrá un sistema de financiamiento cuando sea una prioridad política de un gobierno.</p>	
	<p>Incentiva la articulación con organizaciones e instituciones intersectoriales en el territorio asignado.</p>		<p>5. En una selección de 48 CSMC se estimó que el trabajo intersectorial fue la actividad más frecuentemente registrada entre las</p>		<p>13. CSMC necesita conocer mejor su territorio.</p>

			prestaciones grupales que se realizan fuera de las instalaciones del CSMC, alcanzando sobre el 90% en 2016, aunque disminuyó a cerca del 20% en 2018 cuando se incorporó la intervención psicosocial grupal como actividad más frecuente.		
Sistema de información	<p>Información sistemática que permite evaluar procesos.</p> <p>Información sistemática que permite evaluar resultados.</p> <p>Información que retroalimenta al proveedor.</p> <p>Información que retroalimenta a la comunidad en la que el proveedor se inserta.</p> <p>Información relevante para los sistemas gubernamentales de información sanitaria.</p>	<p>18.Las bases de datos nacionales con datos administrativos del REM de los CSMC tienen importantes problemas de calidad de la información, algunos centros que son dependientes o anidados en un hospital general no están individualizados y se observa una importante incompletitud de los datos. Los registros sobre el tipo de prestaciones realizadas es lo que muestra mayor número de centros con datos entre 2010-2020, comparado con el registro sobre ingresos, egresos y población bajo control. Aunque en ningún año se dispone de la información</p>	<p>14. Heterogeneidad en los procesos de información dado que estos no son propios de los CSMC, sino que se anidan en sistemas mayores con diverso grado de desarrollo en los Servicios de Salud. 14. CSMC registra las consultas individuales pues es ello lo que los sistemas de información priorizan. 14. Al referirse al SOME se activa la práctica de acercarse a esas unidades estadísticas para que éstas comprendan la naturaleza de las actividades de los CSMC, capacitar a su</p>		<p>6.Los sistemas informáticos no dialogan.</p>

		<p>del total de centros que funcionaba para el año respectivo. Esto causa dificultades para evaluar y retroalimentar sobre los procesos y resultados de los CSMC.</p> <p>18. Las tecnologías de información en el sector salud han tenido una limitada efectividad, aun cuando el sector ha invertido en forma significativa en este componente, causando dificultades para evaluar y retroalimentar.</p>	<p>personal y sea posible realizar actividades comunitarias.</p> <p>14. No han existido procesos de diseño e implementación de sistemas de información para la implementación del modelo comunitario en salud mental.</p>		
Financiamiento	Uso eficiente de los recursos asignados.	12.Los CSMC se habilitan en instalaciones que no han sido construidas especialmente para ello, muchas veces se arrienda, y ellas no cuentan con la autorización sanitaria formal.		5. La pandemia obligó a los CSMC a funcionar más ágilmente en la continuidad de las atenciones. Las personas están satisfechas con la atención si el centro funciona normalmente bien, no necesariamente de forma extraordinaria, teniendo acceso a especialista, continuidad del tratamiento, disponibilidad de	<p>9.La falta de unidades administrativas y autonomía del CSMC es la razón por la cual su director no puede ser más eficiente. La falta de formación universitaria es la razón por la cual el director del CSMC debe aprender su rol en la práctica del cargo.</p> <p>12.El deber de los directivos de los CSMC es supervisar que se cumpla efectivamente</p>



				<p>medicamentos. Juicio de que está en manos del personal clínico la forma en que se desarrollan las intervenciones, es decir, son ellos los que definen el tipo de tratamiento que realizan más que por las necesidades de las personas usuarias y que por el sistema de financiamiento. Idea que la disponibilidad de fármacos es un asunto derivado de la gestión local más que del sistema de financiamiento. Las redes de proveedores de tratamiento son inmaduras y no se hacen responsables de los recursos, más bien sólo gastan y gastan.</p> <p>6.Heterogeneidad en el tipo de conducción y liderazgo para la implementación de este tipo de centros. Se activa el juicio que la autonomía de los CSMC lo que va a permitir su desarrollo y</p>	<p>las tareas comprometidas de los profesionales a su cargo. Definición de responsabilidades frente a irregularidades administrativas.</p> <p>16.Es el propio proveedor quien ha asumido la responsabilidad de autorregular la forma en que otorga su atención, pero al mismo tiempo existe la percepción que las formas de administración de los CSMC los mantienen sin poder en la toma de decisiones sobre los recursos. Heterogeneidad en la definición de las responsabilidades del CSMC en el manejo de los recursos. Desde aquellos que develan irregularidades administrativas, aquellos que tienen responsabilidades muy limitadas, hasta aquellos que han logrado ciertos</p>
--	--	--	--	---	---

			<p>que funcionen mejor. En un contexto de restricciones activa la idea de que el CSMC no tiene por qué hacer más de lo que recibe como financiamiento, sabiendo que esto último es inferior a lo que hoy producen estos centros. Los CSMC han tenido la responsabilidad de asumir el riesgo de un mayor gasto debido a que el pagador no ha asumido su responsabilidad de responder a la mayor demanda de atención de la población, que los centros reclaman que ellos se ven obligados a atender.</p> <p>9.El pagador ha tenido poca claridad de qué es lo que hay que financiar en los CSMC pues las señales son que los centros son implementados bajo condiciones de contingencia más que de planificación. Juicio que es el seguro</p>	<p>arreglos locales para delegar responsabilidades más claras. La forma de organizar la administración de los centros no favorece esa toma de responsabilidad. La falta de autonomía y poder de los CSMC les obliga a negociar permanentemente para acceder a recursos para el trabajo comunitario. Es importante que los centros administren recursos para gastos contingentes, en forma de “caja chica” o similar; para contar con materiales y apoyo de café para realización de talleres grupales o comunitarios que permanentemente son cuestionados o desaprobados; o para el gasto en ítems que son lejanos a la consulta en box, porque se orientan hacia un trabajo colectivo y en la comunidad, lo que</p>
--	--	--	---	--

				<p>público el único que gana con los actuales mecanismos de pago.</p>	<p>suele ser incomprendido. Estas dificultades permanentes dificultan las acciones territorializadas, atribuyeron en parte a este fenómeno los daños a la calidad de la atención y a la aparición de listas de espera.</p> <p>17.Existe un problema basal de que no ha existido la discusión acerca de la política de cómo financiar los CSMC, no quien asuma la responsabilidad de la gobernanza del sistema de financiación de los CSMC. Pero también devela que en el proceso de gestión de los CSMC los Servicios de Salud como pagadores tienen fragmentada esta función y los referentes técnicos develan que no tienen real poder en la toma de decisiones sobre</p>
--	--	--	--	---	---

					los recursos para esos centros.
	Sustentabilidad del CSMC.	<p>16.CSMC está desfinanciado a la luz de la demanda de atención y la capacidad productiva alcanzada.</p> <p>19. En Chile está pendiente concluir la discusión sobre la salud mental en el plan de salud universal o en la cobertura universal de salud, que es lo que debe ordenar los esquemas de financiamiento, los mecanismos de pago, el modelo de atención y el modelo de gestión, existiendo frustración frente a esta tarea inconclusa.</p> <p>19. En la concepción del sistema de salud chileno hay una discusión política respecto de avanzar profundizando un sistema de salud en base a seguros, y ahí la discusión es si contar con un seguro único o con multiseuros. O si se debe avanzar hacia un sistema nacional de salud. Esta es la</p>			

		<p>cuestión previa. A partir de estas definiciones, la cuestión es cómo definir un plan de salud, pues lo que se aprecia son un conjunto de programas que han perdido una orgánica.</p>			
	<p>Mecanismos de pago alineados con los objetivos declarados en la política de salud mental.</p>	<p>16.El presupuesto público para los CSMC construido a partir de un conjunto desarticulado de esquemas de pago implementados heterogéneamente es una política de financiamiento que desconoce la alternativa de un sistema de financiamiento lógico y coherente con las políticas de salud mental, causando menor posibilidad de incremento de recursos para el desarrollo de los CSMC.</p> <p>20. Los planes nacionales de salud mental y psiquiatría comunitaria guían la acción de los CSMC, mitigando los efectos de la falta de política de financiamiento coherente.</p>	<p>21. La elaboración de presupuestos anuales sin sentido, dado que no se relacionan posteriormente con la lógica de transferencias que se ejecuta.</p> <p>21.La utilización del sistema de compras públicas del país en el caso de salud mental en los últimos años. Este es un sistema mediante el cual la institución está obligada para realizar toda compra de productos o servicios del Estado con proveedores naturales y jurídicos. Es evaluado negativamente que se realice compra de servicios de las intervenciones comunitarias que</p>	<p>7.Creencia que el pagador limita conscientemente la financiación que incentiva la participación comunitaria debido a que no le conviene el empoderamiento comunitario para defender sus derechos. También se activa el juicio de que el pagador conscientemente quiere financiar un modelo medicalizado y nada más. El pagador destina más recursos cuando las intervenciones requieren mayor complejidad tecnológica, más que mayor densidad de recursos humanos. Juicio de que los CSMC tienen una</p>	

			<p>deberían ser parte de la estructura de la provisión propia, además se produce la compra de servicios de horas médicas de psiquiatras, que en este marco prestan servicios, pero no son realmente parte del equipo de salud mental del CSMC.</p> <p>22.Los mecanismos de pago han carecido de la flexibilidad y adaptabilidad para incorporar nuevas acciones o tecnologías.</p>	<p>dependencia administrativa híbrida la cual depende de la voluntad del pagador para que funcione.</p>	
--	--	--	--	---	--